

- 1) 要約：REPRODUCTIONに関する社会的倫理的問題といわれることの多くは、合理的な政策形成の問題であり、そのための警告書作りが重要  
見出し語：リプロダクション、倫理的問題、合理的政策形成
- 2) 研究方法：専門家へのヒアリング、ききとり調査、文献解読
- 3) 結果：医療技術のある面での飽和状態、専門分野の再編の可能性、出生を支える価値観の変動を分析
- 4) 考察：社会的な合意形成、意思決定の拠り所となる報告書が重要
- 5) 文献：(1)日本医師会雑誌、Vol.106.177  
(2)助産婦雑誌、Vol.43.618  
(3)出生前診断を考える（生命倫理研究会）

## REPRODUCTIONに関する研究

中村桂子(早稲田大学教授)

### 1. 出生関連技術に対する政策形成

前報でも指摘したように、わが国で社会的・倫理的問題の名で論議されているものの多くは、新しい医療技術をどのように限定的に使用するのかの基準を、どう確立し、これを守る体制をどう築き上げてゆくか、という医療政策上の問題である。事実、以下で述べるように、諸外国では、医療職能団体がイニシアチブをとって、合理的な政策形成が行われてきている。もともと医療は、個々の社会の価値観と技術の実用性が直接ぶつかる場であるはずである。このことは、個々の社会が実情に見合った医療技術規制の体制とこれを支えあう制度を、創出していかなくてはならないことを意味している。現在、各国は、この種の政策を立案し決定する場合は、議会がいいのか、原理的には医療専門家にまかせておいてよいのか、第三の機関を設置するのがいいのか、試行錯誤のさ中にある。議会で結論を出した例として、後述するように、イギリスは体外受精を国の監視下におく法律を成立させたし、ドイツは、受精卵の実験的操作を法律で禁止する道をとった。ただ全体としては、国が関連領域の研究者を動員し、包括的な調査報告を積みあげるとするのがその主流である。このような傾向を促す別の要因として、現代情報社会においては、どのような機関決定があるにせよ、その基礎には実証的で合理的な根拠が不可欠であるという共通認識がある。つまり、政策

形成とその判断の根拠となる包括的な報告書作りの手を抜いては社会的権威が獲得できなくなっているのである。

### 2. 諸外国における技術規制の現状

出生に関連した諸技術の使用についても、日本でこの種の議論がされる場合、アメリカの例が引用されることが多い。しかし、アメリカの現状は世界の流れを必ずしも代表するものではない。出世諸技術に関するアメリカでの議論は、二つの特徴がある。第一に、自由主義的な傾向が強いこと。十分な情報が与えられた上での本人の同意があれば、原則的に社会はそれを認めるべきだとする考え方が浸透している。第二は、1970年代以降、人工妊娠中絶についての賛否が大きな政治問題となってきており、これにあおられて、出生諸技術に関しては、国レベルでの統一見解をまとめられないでいる。このようなわけで、アメリカでは商業ベースの代理母や貸し腹などが無視できない数にのぼっている。

これに対して欧州諸国では、数年前から法律的な規制が始まっている。

#### 2-1. 規制体制の確立

長い間、生物学や基礎医学の研究は、社会からは好意的なまなざしでみられてきた。研究の自由は不可侵であり、研究行為が政令や法律の取締りの対象になるようなことは、誰も想像だにできなかった。しかし、この幸福な状態は、1970年代に

終わりをつけた。それを象徴するのが、'74年に米国連邦議会を通過した国家研究規制法(National Research Act)である。いまからみれば、この法律は、人体実験における被験者の保護を名目に、国家が初めて基礎研究に法介入した、画期的な事件であったことになる。

そのきっかけは、'72年にAP通信によってスッパ抜かれた‘タスキギー梅毒事件’である。この事件は黒人の梅毒患者が多いアラバマ州で、1932年から米連邦公衆衛生局が梅毒の症状に関する研究を続け、とくに治療を施さない対象群に入れられた患者約400人は、ペニシリン発見以降も投薬治療が行われず、検査だけを受けさせられ、死亡すると解剖にまわされていたというものである。

そこで急遽成立した国家研究規制法は以下のことを定めている。まず「生物医療および行動学研究における被験者保護のための国家委員会」(11人で構成され、うち5人は医学以外の分野の人間とする)を設置し、ここが、国から研究費援助をうけて行う人体実験に適用されるガイドラインを策定すること。人体実験を行おうとする研究者は、国に研究費申請を行うまえに、各研究機関に設置が義務づけられた機関内審査委員会(Institutional Review Board、略称IRB)に計画書を提出し、その認可をえなければならないこと。IRBは、5人以上で、メンバーは、研究の評価と同時に倫理的・法的問題にも明るく人間であり、かつメンバー構成は人種・性別などに関してバランスよく配分され、うち少なくとも一人は部外者であること、とされた。

この制度は、①ガイドラインを策定し見直しをする中央委員会、②ガイドラインそのもの、③各施設の審査委員会、の三つの要素からなっており、このような体制をここでは「ガイドライン＝委員会体制」と呼ぶことにする。当初これは、研究者や医療関係者にとって抵抗感のある制度であったが、その原型が'74年に確立したことは、まず人体実験の承諾手続きに関する世界の共通基

準の確立という形で反映した。'74年の世界医師会総会で採択されたヘルシンキ宣言II(修正東京宣言)には「人体実験は、特別に設けられた委員会において審議されるべきこと」(基本原則2)、「本宣言の原理を満たしていない研究の投稿は受理されるべきではない」(基本原則8)として組み入れられたのである。

そして、このガイドライン＝委員会体制は'80年代以降、生物学・医学の領域一般に急速に浸透していった。その代表が、遺伝子組換え実験の規制方法であり、米NIHのガイドラインは、人体実験の規制様式を完全になぞったものである。制度史的にみれば、ガイドライン＝委員会体制は、国家研究規制法によって成立し(IRB体制の確立)、ヘルシンキ宣言IIによって世界的な普及が始まり(IRB体制の普及)、NIHの遺伝子組換えガイドラインによって他分野にも浸透していった(IRB体制の普遍化)、と言ってよい。

ただし歴史的にみて重要なことは、これにともなう専門家意識が変化したことであろう。当初、専門家にとっては、ガイドラインは研究や医療の自由に対して外側から課せられた足枷以外の何ものでもなかった。しかし、ある段階から、このような体制が、専門家集団の独立性と自治を守っていくためにも有効な体制であることに、専門家自身が気づきはじめた。ガイドライン＝委員会体制とは、一方において、専門家集団がみずからの手でガイドラインを定め、その責任においてこの遵守を保証する体制であるが、同時に、ガイドラインを策定する過程に非専門家が積極的に関与し、問題によっては調査委員会や公聴会をもつなど開かれた手法で決めることで、これから専門家が行おうとしている内容を事前に社会に知らせ、同意をえておくという仕組みでもあることである。結局この体制は、それまで科学者や医療者の良識の名で当事者の判断にゆだねられていた論理的領域を、専門家集団としての自己管理に移行させると同時に、社会の間接的なコントロールを認め、これを制度化したものである。

## 2-2. 出生諸技術の規制

この間の事情を複雑にしているのが、ここ数十年來、欧米社会で続いている中絶自由化論争である。この中絶論争の中での、ヒト受精卵の道德的地位とその扱いの論議が強く影響を受けた。1973年、米連邦最高裁は、3ヶ月以内の中絶の決定は、女性の自己決定権にあるとする、有名な中絶自由化判決を下した。しかし、この内容が画期的でありすぎたため、キリスト教右派などが危機感を抱き、中絶論争に火がついた。その結果、どこから人間かという論議につづいて、胎児の人權、中絶胎児の扱い、体外受精研究における受精卵の扱いなどが次々と問題になり、これが74年の国家研究規制法の内容に色濃く反映することになった。この法律は、人間の胚・胎児・中絶胎児の扱い基準に関しては、人体実験のガイドラインとは別に、中央に設けられる倫理諮問委員会の決定にゆだねられる、と定めている。ところが、中絶に批判的な連邦政府はこの委員会の設置を延ばし延ばしにしたため、胚・受精卵の研究については約5年間の研究モラトリアムが成立し、このためアメリカにおける体外受精研究は大幅に遅れることになった。ところが、'78年夏にイギリスでルーズ・ブラウンが生まれると、とつじよ前述の倫理諮問委員会が活動を開始し、精力的に審議や公聴会開催を行った末、'79年末には「体外受精は倫理的に許容しうる」という報告をまとめ、その後解散してしまった。こうして翌年、アメリカで最初の体外受精児がうまれたのである。

ただしアメリカでは、この報告以外には、生殖技術が抱える社会的倫理的問題の包括的報告を作成しようとする動きはない。'80年代前半に発表された、いわゆる大統領委員会報告(医学・生物医療・行動学研究における倫理的法的問題についての委員会報告)の中には、中絶問題や出生技術の社会的問題を扱ったものはなかった。いまなおアメリカでは、中絶問題は、NIH長官の座を一年間空白にさせたり、連邦最高判事の人事を左右

するほど大きな政治問題なのである。

しかし、世界の流れはこれとは逆に、政府が委員会を設置し、包括的な報告書を作成することが主流になってきている。

たとえば、'84年には西ドイツ(当時)の連邦法務省と科学技術省が、ドイツ憲法学会長ベンダ教授を座長とし、19人のメンバーからなる「体外受精、染色体分析および、遺伝子治療に関する作業部会」を設置した。この委員会は、新しい生殖技術の倫理的・法律的問題を検討し、必要と認められれば法改正の提案までも求められたものである。構成メンバーは、生物学・医学の専門家ばかりでなく、カトリックおよびプロテスタント教会の生物安全中央委員会、哲学、法学、医師会、経営者団体、労働組合の代表が入っている。

翌年末に提出された報告書の結論は、「ヒトの生殖細胞の実験的操作の規制やヒトの胚の保護のためには、法律が必要である」というものであった。これをうけて、法務省は'86年春、胚保護法案を発表した。この法律は、以下の場合を有罪とし、5年以下の禁固もしくは罰金刑とするものである。

①胚への操作を通して母体を傷つけた者、②子宮に移植する以外の目的で、体外受精を行った者、子宮に着床する段階を越えて体外で人間の胚を発生させた者、州当局の許可なく体外受精卵を実験に用いた者、③生存能力のない胚や中絶後の胎児を人為的に生存させたもの、自然流産した胎児を実験に用いるか発生させた者、④承諾を得ることなく体外受精させそれを利用した者、承諾を得ることなく本人の子宮に移植するか他に移植した者、⑤人間の生殖細胞の遺伝情報を人為的に変更した者、⑥人為的に変更した人間の卵や精子を用いて受精を行った者、⑦別の胚・胎児・生存者もしくは故人と同一の遺伝情報を持つ胚を人為的に生じさせ発生させた者、その胚を女性に移植した者[ヒト・クローンの作成]、⑧別の由来の複数の胚から発生能力のあるキメラを作った者、動物の精子と人間の卵、もしくはその逆で受精させ発

生能力のある胚を作った者、その胚を女性に移植した者〔ヒト・キメラ、ハイブリッドの作成〕(Deutscher Bundestag, 1989)。

そしてこの法律は、'90年10月に成立し、ドイツでは、ヒトの受精卵を用いる研究はできなくなった。これらの一連のドイツの対応の底には、'80年代に入ってとくに著しい進展をみせた高等哺乳類の発生過程への操作的介入の可能性に着目したうえで、これと体外受精とを結びつけてヒト受精卵の操作や、ヒト受精卵や胚を商業目的の研究の素材に使おうとする試みがゼロではないという認識がある。これらは論理的にありうるという意味では、当然の懸念であり、また欧米社会におけるヒト受精卵や胚についての神経症的とすらみえる議論をみれば自然なことのようにみえる。しかし、そのような危険に配慮することと、技術的にみて当面はありえない、キメラ人間やクローン人間の試みまでも想定し、これを阻止する法律まで作ってしまうこととの間には、相当の開きがある。

世界的にみると、人間のクローンやキメラ作成の可能性をかくも切迫したものとしてみる例は他にはない。欧州会議・生物医科学専門家会議が'86年に公表した「人間の人為的生殖技術および胚に対する技術についての暫定原則」をみても、このような可能性については、体外受精に関する包括的報告のなかで、注意すべき問題として言及する程度であるのが普通である。だとするとこのドイツの態度は、その根底にきわめて深い精神的な外傷、ナチ体験を考えざるをえないことになる。

一方、イギリス政府は、体外受精が軌道にのりはじめた'82年に、哲学者M. ウォーノックを座長とする15人からなる諮問委員会を設置した。そして2年後、ウォーノック委員会も、きわめて規制色の強い勧告をまとめたのである。長い議論の末、'90年10月に、ヒト妊娠発生法が成立し、国家が人工授精、体外受精など生殖技術の実施、受精卵を用いた研究などを、直接規制することと

なった。この法律によって、これらの医療行為、研究を規制し、監査する機関として「ヒト妊娠発生局(Human Fertilisation and Embryology Authority)」が設置された。この機関の議長などの人事すべては内務省によって任命される。この中に免許委員会がおかれ、補助的な技術の助けをえて行われるヒトの受精、その保存、実験は、すべてここの免許を必要とすることになった。また、この法律によって、これまで不安定であった、人工授精による親子関係は法的に明確にされ(出産した女性が法的にも唯一の母親)、商業的な代理母も改めて禁止とされた。

注目してよいのはフランスである。他の欧州諸国が、個別立法による規制をとっているのに対して、現在審議中の「生命倫理三法案」では、民法典の中で「人体およびその部分是人権を体现する座である」という解釈を法律の中で明確にし、人体のとり扱いを包括的に規制しようとしている点である。これによって人体は治療・研究目的以外には自由に処分できないものとなり、代理出産や商業的な精子銀行などは自動的に禁止になる。この根底には、たとえ本人どうしの同意があっても、社会秩序を崩すようなことは許されるべきではないという確信がある。これは、アメリカの現状の批判だとみてよい。

### 2-3. 国の成り立ちと価値観の変動

人工授精は言うにおよばず、商業的な代理母組織、受精卵移植、精子銀行など、われわれの感覚からすれば、とても道義的に許されそうもない、生殖技術の用いられ方が現実のものとなっているのがアメリカである。しばしば、アメリカで起こったことは10年後わが国にも伝播するとして、このような事例を危機感をもってとらえる立場がある。しかし、元来アメリカは、さまざまな宗派の移民によってできた国である。その結果、アメリカは徹底した多文化併立型の社会となった。そのために、一つの宗派や一文化が価値規範の中心にあるイギリスや日本とは違い、文化としての歯

止めがどんどん低くなり、拘束力のある社会的規範は、実質上、州法以外にはみあたらなくなってしまった。このような理由で、アメリカでは、一方で、実に多くの倫理的議論がありながら、他方では、州法に直接触れないかぎり、われわれから見てひどく非道徳的な企業形態までが成り立ってしまうのである。

しかもアメリカは、生殖技術の発達に加えて、この問題をもう一段階複雑にする因子をかかえていた。それは、'70年代前半のアメリカが、必死になって家族という観念をたたきつぶそうとしたことである。この時代のアメリカには、家族という観念は最後の中世的遺物であり、これから開放されることこそ真の人間解放だとする思潮が前面にでてきた。その代表はフェミニズム運動であり、だからこそ'73年の中絶自由化判決は、賛否をめぐって激しい論争をまき起こしたのである。'70年代前半には、異性間の同棲や独身女性が子をもつことは何ら不道徳なことではなくなり、社会的に認知されたのであるが、これに加えて、少数派であった同性愛者たちも自分たちの生活様式を社会が認知することを要求した。

このような'70年代における家族の観念の解体への傾斜は、生殖技術をめぐる議論を実に複雑なものにした。たとえば、技術の進展がそのまま社会に応用されるという単純な前提にたてば、代理母などは人工授精技術が普及した1950年代末以降、いつ出現してもおかしくないことになる。しかし実際に、商業ベースの代理母組織が初めて出現したのは、'78年のアメリカであった。これが'80年代に入ると、さまざまな技術的操作が可能になる一方、結婚観念のいっそうの衰退、より完全な避妊方法の普及、養子のおし手の減少、子供の権利の強化、独身者および同性愛者が親になる権利など、実に複雑な要因を考え合わせなくてはならなくなっている。

アメリカの場合、体外受精で遅れをとって以来、生殖技術にかぎっては、これを包括的に監視・検討してゆこうとする連邦政府の意欲は低い

ままにある。そのため、これらを規制したり新しい倫理問題に対して拘束力ある指針を提示する役割は、直接、州法に回ってくる。それは結局は、これまでに各州で成立した、中絶の制限、養子や親権、人工授精、胎児実験などの関係法規の条文が、個々の生殖技術・研究行為・関係者の行動をどう規定しているかという、法解釈上の問題に還元されていく。そのために当然、この種の法律をもつ州ともたない州、あるいは条文の表現の差によって、アメリカ国内における規制内容はバラバラとなる。たとえば、'78年以降、ペンシルバニア州とイリノイ州だけは体外受精特別法を成立させた、という具合である。

現時点においてアメリカで問題とされている点をまとめてみる。①50～60年代に成立した人工授精法（第三者の精子による）の拡張解釈によって、正規の手続きを経た上での精子・卵子・胚の提供をうけて生まれた子供の両親は、出産した女性とその夫となり、提供者の親権は否定される。提供者の匿名性が厳守される一方、これらによって生まれた子供が、自分の生物学的な親を知りたいと思っても願は達せられない。②24州が、養子のおし手が金銭を受けるとことは人身売買に当たるとして禁じており、これが商業ベースの代理母を規制することになる可能性がある。③受精卵移植（卵を譲渡する意思のある女性に夫の精子を人工授精し、受精卵が子宮に着床する前にこれを洗い出して妻の子宮に移植する方法）は17州が禁止している胎児実験に相当、またこれに金銭授受がともなえば、フロリダ州で明確な州法違反、他の10州で問題となる可能性がある。④血液の売買が行われている現状では、商業ベースの精子銀行を規制することはむづかしい。⑤胚の凍結保存は7州の胎児実験規制法に触れる可能性があるだけで、特に規制はない。しかし、保存期間の上限や預けた夫婦が離婚・死亡した場合の規定を設けておく必要がある、などである。

新しい生殖技術に関する包括的な報告書作りは、世界的には、'80年代に入っていっそう力が

入ってきている。'79年以来、少なくとも25カ国で85の委員会報告が出ている。これらの報告を比較分析した結果をみると、現在この技術に関して、世界が一定のコンセンサスに向かいつつあることがわかる。要点をまとめておくと、①治療技術としての体外受精は承認してよい。②手術をうける女性が法的に結婚していることは要求しない。③胚の凍結保存は、その期限と最終的な処分方法を明確にするのであれば認めてよい。④卵もしくは胚の譲渡は、第三者の精子による人工授精（AID）の拡張として承認してよい。ただし、金銭の授受があってはならない。⑤代理母による出産は原則として認められない。⑥人間の胚を用いる実験は、それが治療行為の付帯産物として生じたものであれば、女性の承諾をえたうえで行ってよい。ただし胚の培養期間は14日を越えてはならない。

これをいま少し広い視野からみると、'70年代中に各州・各国で作られてきたガイドラインを、まず国内で調整し、その後それを国際的に調整・統合していこうとする流れがあることがわかる。とくにヨーロッパの場合、欧州共同体（EC）に対して諮問機関的な地位にある欧州会議（The Council of Europe）が、医学を含む各国の科学技術政策をヨーロッパ全体で一元化することを意識し、つぎつぎと勧告をだしている。こうして日本を除く先進国は、ガイドラインを集約しはじめているようにみえる。

### 2-3. 日本の場合

生殖技術の社会的倫理的問題については、政府の依頼にもとづいて、医学界とその関連領域の専門家が包括報告を積み上げ、その中から基本方針を絞り込んでゆく政策決定法が、世界的には常態化しつつある。ところが日本だけは、包括的な議論も、独自の委員会報告も、機能的な監視組織をも育てあげないままの空白状態にある。あるいは、体外受精やその関連技術の使用については、わが国でも産婦人科学会などガイドラインを発表

しているのではないかとする反論があるかもしれない。だがこれは、当該学会が定めた、最低限の指針でしかない。

たとえば、AIDは、現在少数の大学病院と一般施設で行われている。わが国最初のAIDは1958年に行われ、現在までに積算で約1万人がAIDで出生していると推定されている。現在、毎年2万人がAIDで生まれてくるアメリカと比べれば、この数字は確かに少ない。しかし、だからといってこれまで通り、AIDが潜在的に抱えている社会的倫理的問題を不問にしておいてよい、ということにはならない。AIDの医学的適応基準、および社会的適応基準（たとえば法的に結婚している夫婦に限るか、同居を条件とするか、独身女性・外国籍・同性愛のカップルなどから希望があった場合どうするか）、精子ドナーの選択基準、生まれてくる子の法的問題、カウンセリングの内容、などについて、これまで体系的に論じられることはほとんどなかった。また、遺伝相談によって、伴性遺伝のカップルであることが判った場合、男女生みわけ技術を用いるのか（日本医師会生命倫理懇談会の結論では、この場合に限りのみ行ってよいとしている）、AIDを勧めるのか、などについても一定のガイドラインがあるわけではない。さらにAID以外の問題としては、顕微授精を行う場合の医学的適応基準など、課題は山積みである。

この種の問題を考える場合、日本にとっての最大の欠陥は、いうまでもなく、ガイドライン＝委員会制度がほとんど機能していないことである。具体的にいえば、研究者や医師が研究や新しい治療方法を実施しようとするとき、これを扱うマニュアルの実質的な拘束力がきわめて弱く、その背景として、これを統合し一定の規範を守ろうとする専門家集団としての態勢が整っていないことである。世界的にみれば、ガイドラインの内容の国際調整の段階に入ったとはいえ、実際に何をガイドラインにゆだね、何を法規制の対象とするかは、その国の歴史的事情や文化と深い関

連があることは、これまでの比較研究で明らかになっている。しかし、このような条件を考慮したとしても、日本の議論が研究方法や医療技術に議論が片寄りすぎていることは否めない。またわが国の場合ともすると、社会規範の根幹に関わるような決定にまで、世論という責任主体不明の数字によりかかりすぎる傾向がある。医師が行うことは治療行為に厳格に限るべきであり、たとえば男女生み分けなどは、日本医師会の生命倫理想談会の答申にあるように、遺伝病対策の場合を除いては、認めるべきではないだろう。

日本は国のあり方からみて、アメリカより欧州諸国の現状を参考にする方がよいだろう。この場合注目すべきは、個々の規制内容よりはそのプロセスの方である。諸外国では、医療の新しい倫理問題への対処については、ほぼ次のような手順を確立させてきている。まず医療の周辺から社会に向かって問題が発せられ、さまざまな次元で議論が積み重ねられる。おおよその議論が出つくした段階で、国レベルの特別調査委員会が包括報告を作成し、誰もがわかる形で現実的な規制政策を絞り込んでいくのである。さまざまな法的規制はこのような作業の産物であり、その内容だけを借用しようとしても、事態は上滑りしてしまうだろう。

わが国でも第一にすべきことは、このような社会の判断の拠り所になる報告書作りである。出生の領域では、減数手術、顕微授精など課題は山積する一方である。日本の場合、脳死臨調のような審議会・懇談会方式による決定手法は社会的に機能しなくなっており、出生技術の場合、この轍を踏むべきではない。このような報告書作りによって絞り込まれてくるガイドラインや規範は、これを受けとめる医療職能集団の側が、医療サービスの費を自ら管理しようという強い使命感をもって、初めて遵守される。これは実際には、専門家による相互チェックが行われることなのだが、臓器移植などと比べて、産科の領域ではこのような専門家意識が一段と希薄のように見える。

### 3. 報告書項目構成案

以上のような考察にのっとり、本研究グループに与えられたREPRODUCTIONに関する包括的な報告書を作成するとすれば、どのような構成になるのかをまとめてみた一例が、次のものである。

出産——人間的側面と技術的側面（構成案）

§ 作成の目的と全体の構成

現在社会を、人間の生物学的なつながりによる網目構造とみなし、それが現在どうなっているかを分析し、医療の場の中で人と人のつながりがどうあるのが望ましいかを提示する。その知識全体を共有し、討議のための出発点とする。

I 文化的文脈と価値体系の喪失

§ 出産/子育ての基盤としての“継承のイデオロギー”

人間は、家・血族・地域社会と祖先崇拜、水田の保持継承、といった伝統的価値規範が共有されている中で、生育し、結婚し、子供を産み育て、老いていくもの。たとえば、安産祈願と講。

§ 集団意識の変化——都市化と農村社会自身の変化

核家族化した都市生活では子供を持たない夫婦や独身者が多くとされるが、農村でも継承のイデオロギーは急速に弱体化し、農村でも子供の数は減っている。嫁不足とされる一方で、結婚しない女性が農村でも増加。結婚し子供を産んで育てるためには、そうさせる強い動議づけが必要だが、いまそれが崩壊し始めている。

II 女性のライフサイクルと出産

§ 出産のいま

普通の女性が妊娠/出産をどう受けとめ、それを周囲はどう支えているか

§ 女性/妊婦と制度

出産をめぐる基本的システム、医師と妊婦の関係、情報の提示とカウンセリング

§ インフォームド・コンセント

§ [人工妊娠中絶の問題はここでは簡略に]

III 医療の視点から

§ 高齢出産の増加

生殖年齢幅の拡大と晩年化、高齢出産/高齢初産、周産期死亡率、

§ 周産期医療と生育限界

新生児医療の現状とNICUでのジレンマ(線引き問題)、超未熟児の生存率、生育限界、出生前管理

IV 出生関連諸技術に対する政策(医療政策の視点から)

§ 不妊の原因、予防、診断、治療

§ 対策、介添え妊娠(人工授精、体外受精、その他)、経費

§ 医療行為の標準化

§ 出生前診断と社会的倫理的問題(特論)

出生前診断、その社会的意見分布/構成、出生前診断サービスの企業化

障害胎児の生命権、遺伝的健康に対する個人の責任への圧力、DNA診断の実用化

V 先進国における出生関連諸技術に対する政策

§ 出生関連諸技術の規制とその体制、

イギリス・ヒト妊娠発生法、ドイツ受精卵保護法、フランス生命倫理三法案

§ 人工妊娠中絶の政治化

人工妊娠中絶の期限の繰り上げ、英国の中絶法、'73年米最高裁中絶自由化判決

§ 社会の価値観と技術の実用性

調査報告と社会的権威の獲得、議会/医療専門家/第三の機関、情報化社会における情報の変形と肥大、技術の進歩、専門分野の再編

§ 諸外国から反射してくる社会的・倫理的問題

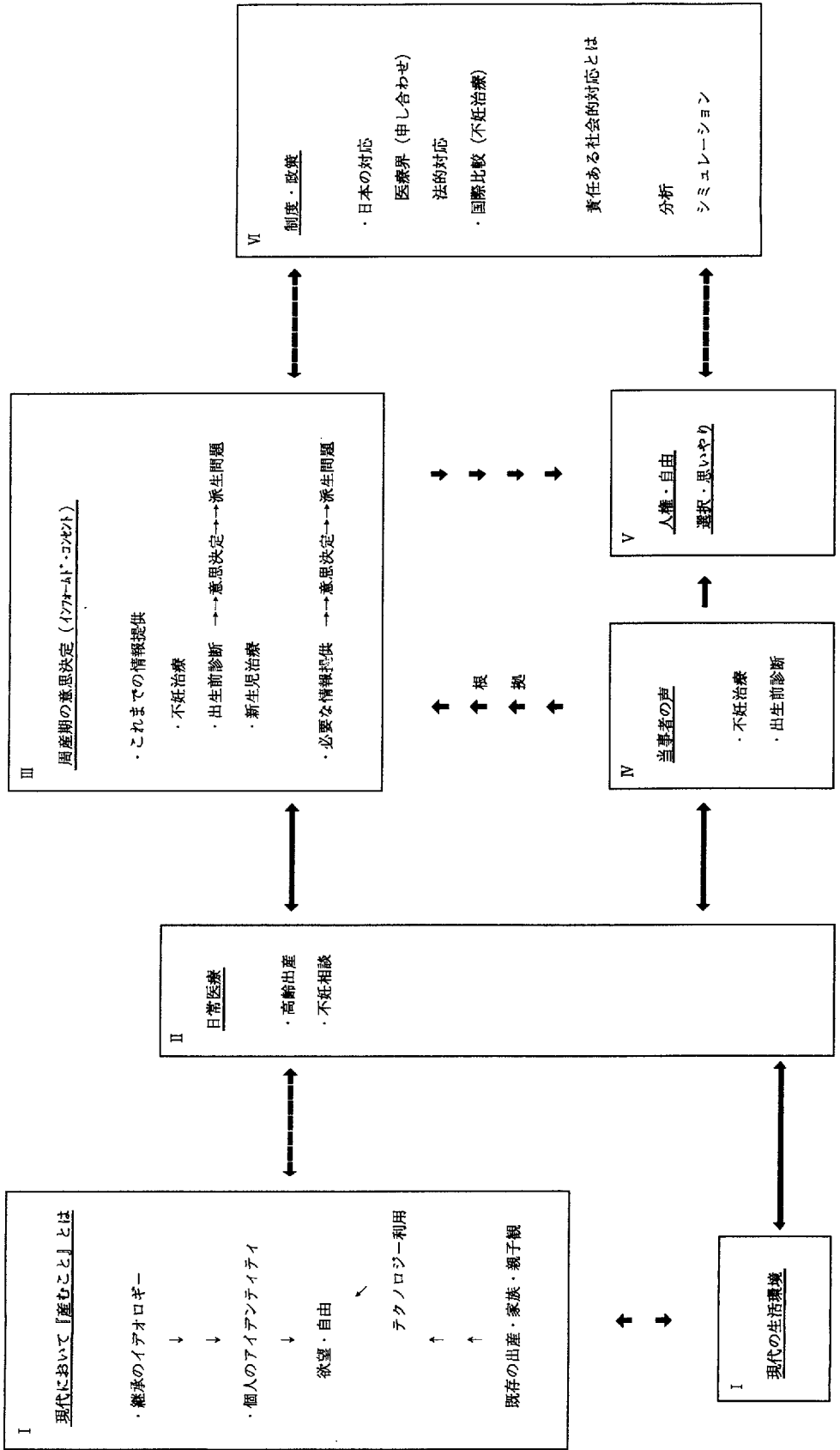
生殖の権利、胚の道徳的地位、プライバシー、親子間のきずな、余剰胚の保護、代理母規制、

§ わが国への教訓

VI チャート・索引



リプロダクションに関する研究 報告書テーマ関連図



↓ 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

REPRODUCTION に関する研究