

REPRODUCTIONに関する研究

第一部 総論

序：“つながる”ということ

本研究には、REPRODUCTIONというテーマが与えられた。この英語は、直訳すれば、生殖、再生、出産、誕生にあたるのであろうが、与えられた課題は、医療を含む保健であり、かつ社会性・倫理性という面をも含む包括的のものであるとされている。このような前提を踏まえた上で、私たちの問題意識を表わすのにふさわしい言葉として“つながり”という言葉を選びとった。“つながり”という言葉は、親から子への継承、親と子の絆、医師と妊婦の関係、さらには家庭や社会の中での強弱さまざまな人と人の連続性をも含むものである。私たちは、この“つながり”という言葉によって、現代社会を、人間の生物学的な側面を結び目にして空間的・時間的（言語学の用語を使えば共時的・通時的）にとらえようとする試みを表現するものと考えた。

母親にとって“産む”、子供にとっては“産まれる”ということは、一つの生命がこの世に登場し、人が親になり、親子（母子）関係が生まれることである。そもそも出産・誕生は、世代の連続性という生物の基本を支えるものであり、けっして難しく考えるべきものではない。その素晴らしいドラマである出産というできごとと、産まれてくる子供の一人一人を祝福して受けとめる社会を実現させるためには、出産をめぐる基本的システムが確かなものであることが重要である。いま、この基本的な仕組みはどうなっているのだろうか。とくに現在の日本における誕生を支える局面で、親と子のつながり（文化的・社会的つながり）がどうなっているのか、その実態を調査し再確認すると同時に、具体的な医療の場における人と人とのつながりがあるのが望ましいかを、出産・誕生に焦点をあわせて考察してみた。またこの目的にそう限りにおいて、諸外国で行われている妊娠・出産に関する技術規制の現状を比較分析した。

1. 研究の基本姿勢と課題設定

問題の具体的な切り口としては、① 人間の生命を生物としてのつながりにとらえること、② 誕生を支えるに当たって、人と人とのつながり・人と社

会とのつながり・親と子のつながり、現在どうなっているかを再確認すること、③ 具体的な医療の場の中で、人と人のつながりがあるのが望ましいか、という問題意識を念頭におきながら、以下のような視点に立つことを原則とした。

- (1) 出産・誕生の周辺にある事柄を、医療のほか家庭・社会なども含めて総合的にとらえる立場にたつ。
- (2) 現代を意識すると同時に、基本的に変わらない文化的価値の部分にも同等に着目する。
- (3) 人権をすべての基本に置く。
- (4) 専門性を大切にする。第一線で尽力している専門家の日常の中での問題意識を重視する。
- (5) 女性を中心に当事者の実感をくみあげるようにする。
- (6) 現存するシステムの欠陥を指摘するのではなく、女性が子を産むことの現状を再確認しながら、望ましいあり方を考える。

このような課題に対して、これを扱うにふさわしい研究手法を見つけるのは容易ではない。しかし、共同研究者を中心とする専門家からのレクチャーと文献レビューから開始し、その後、重要と思われる課題について、ヒアリングを中心とした調査を行った。そして不完全なものとなることは承知の上で、私たちがこうであってほしいと考えるREPRODUCTIONの全体像を描くことを試みた。

この研究班の課題には、いわゆる生命倫理の問題が含まれることになる。この問題に対しては私たちは、次のような共通確認に達した。第一に、いわゆる生命倫理の問題はとかく個別技術の賛否の問題として論じられがちであるが、そうではなく、より大きな医療と現代社会の文脈のなかで考えられるべきものであること。第二に、狭義の生命倫理の問題は個々のケースで当事者が倫理的・道徳的に考えぬいて決断すべき問題であり、これに関して国や社会がまず行うべきことは、個々の課題を社会全体のなかで位置づけた客観的で包括的な報告書作りであること。この第二の点に関しては、欧米諸国における対応策の比較研究の結果、

再度確認されたことでもある。とくに米議会技術評価局 (Office of Technology Assessment: OTA) の調査報告書の作成などは、その代表例と考えられる。このような報告書が議論の参加者の間に共有され、問題とされる技術の概要・社会的倫理的問題点・これへの対策案、などについての共通認識ができれば、対応策も自ずと絞られてくるものであり、漠たる不安は小さくなり、賛否の幅はよほど小さくなると期待される。この報告書を作成する場合重要なのは、厳格な中立性と、問題の全体像を過不足なく描く領域横断的なものであることと、その作成作業は専門家が中心となりながらも社会全体の意思を集約するよう意図されたものであること、である。

このような問題意識のうえに立って、私たちは暫定的な目標を、現代社会において望ましいと考えられるREPRODUCTIONについての包括報告書を作成することに置き、問題全体の流れ図を作成し(図1)、これに対応した目次をまとめた。実際にこれに対応する報告書を作成するとなれば、膨大な作業となる。むしろこれは私たちの手に余るものであり、また報告書を作成するとしても個別課題に絞ったものにするのが現実的であろう。私たちは、主として「医療サービスを受ける女性」という視点から問題を整理し、本研究課題に答える報告書を作成するとすれば、以下のような構成とするのが可能性としてありうると考えている。

『出産—人間的側面と技術的側面』

I 現代において産むこととは—文化的価値体系のゆらぎ

§ 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。

§ 集団組織の変化—都市化と農村社会自身の変化
核家族化した都市部だけではなく農村でも子供を持たない夫婦や独身者が増え、子供の数は減少。嫁不足の一方で、結婚しない女性が農村でも増加。結婚し子供を産み育てるためには、そうさせる強い動機づけが必要だが、いまそれがゆらいでいる。

II 周産期医療のいま

§ 出産のいま

普通の女性が妊娠／出産をどう受けとめ、それを周囲がどう支えているか

§ 女性／妊娠と出産

出産をめぐる基本的システム。医師と妊婦の関係、情報の支持とカウンセリング

III 周産期の意思決定

§ 高齢出産の増加

生殖年齢幅の拡大と晩婚化、高齢出産／高齢初産、周産期死亡率の問題

§ 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

§ インフォームド・コンセント

IV 出生前診断と倫理的問題

出生前診断に対する見解・ガイドライン、出生前診断サービスの企業化障害胎児の生命権、優生学的誘導、DNA診断の実用化、出生前診断と人権

V 女性の目からみた出生関連諸技術の現在

§ 不妊の原因、予防、診断、治療

§ 対策、介添え妊娠(人工授精、体外授精、その他)、医療費の問題

§ 医療サービスの標準化

VI 諸外国における出生関連諸技術に対する政策・諸制度

§ 出生関連諸技術の規制とその体制

イギリス・ヒトの受精と胚研究に関する法律、ドイツ・胚保護法、フランス・生命倫理三法

§ 人工妊娠中絶の政治問題化

イギリス中絶法、'73年アメリカ最高裁中絶自由化判決

§ 社会の価値観と新技術の実用化

委員会報告と社会的権威の獲得、議会／医療専門家集団／第三者機関の設置、

§ 諸外国との比較によってみえてくる倫理的問題の諸側面

生殖の権利、プライバシー権、余剰胚の保護／利用、代理母の規制問題、わが国への教訓

VII チャート・索引

2. 各論のまとめ

このような想定された目次案のうち、報告しうる部分について以下にまとめる。問題のうち、私たちが個別に研究課題としてとりあげたものについては総論の後に報告するが、包括報告書作成の形をなぞることになるこの総論では、これら個別成果を書き込むようにし、他の項目は既存および将来の研究によって埋められるものとした。ただしこれは本格的な報告の前提なるものではなく、むしろそのようなものを作成する場合に、当然扱われるべき問題の具体的構造を記述するようにした。

2-I 現代において産むこととは—文化的価値体系のゆらぎ

人は、家・血族・地域社会・祖先崇拜・田畑の保持継承といった伝統的社会的価値が共有されている人間関係のなかで生育し、結婚し、子供を産み育て、老いていくものである。これを女性の側からみると、女性が出産し子を育てるためには、本人を中心とする人間集団の中で、そうさせるに十分な確固とした価値体系が共有されていなくてはならない。基本的に日本の農村は、家の継承を軸に結婚が考えられてきた。家を継承して行くためには跡継ぎなければならない。子供ができなかったり、娘ばかり生まれたときは婿養子をとるなどの文化的な仕掛けが準備されていた。また、北米の文化の中では更年期は否定的な意味を与えられているが、日本ではそれを障害とみなさず楽々乗り越えてゆく。とくに農村では、閉経後の女性は地域社会の中で一つの宗教的な講をつくって暮らしており、その村で妊娠した女性ができると皆で安産の祈願をし、子供が生まれれば生まれたで育児についての知識を伝達し、一つの精神共同体として地域全体のREPRODUCTIONに参加するという巧みな文化的な仕組が機能していた。

しかし、現在の日本においては、核家族化した都市生活だけではなく、農村においてもこの「継承のイデオロギー」というべき信念体系は弱体化しており、子供の数は減り、結婚しない女性が増えている。この問題はことの性質上、現代日本における親子関係や家族の意味変容について、深く分析研究する必要があることを示している。他の

先進国とは異った日本社会の特性を、儒教的とか仏教文化だとする表層的な説明ですませている現状は、現在の日本社会に対する文化人類学的・社会学的な分析が、不十分であることの証であると言ってよい。

日本の女性が一生に産む子供の数が1.53人となったことが問題視され、これへの対策として、母性を保護したり、欧州諸国をモデルに働く女性が子供を産みやすくする環境を整えることが検討されている。しかし、子供を産むこと、子供を持つこと、そのこと意味自体が、現代社会の中で変わってきており、このような制度的な工夫だけでどこまで回復できるかは定かではない。文化人類学的観点からすると、現在の日本社会の変化は、親と子の関係、そしてこれを超えて世代を祖父母から孫へ、そしてひ孫へと“つなげて”ゆこうとする基本的価値の次元での変質の問題である。安定的に継続する社会を成立させる基本には、個人の一生を支えながらなお“つながり”に関する信念を共有した人と人とのネットワーク構造が不可欠であり、21世紀の日本社会を考えるためには、これに相当する共通価値を創出していく必要がある(この項、波平論文参照)。

2-II 周産期医療のいま

§ 出産のいま／妊婦と制度／情報提示とカウンセリング

このような社会的変化のなかで、では実際に普通の出産や不妊治療を受けている女性たちは、どのように考え行動し、どう感じているのか。この問題を明らかにするために、個別ケースの聞き取り調査を行った。これによって明らかになってきたことは、基本的には、長い訓練をうけ専門知識をもっている医師と、身体的な不安をもっている専門知識のない女性との間で生じてしまう、意識の落差である。これは専門職業者と専門サービスを受ける素人という場で、一般的に生じてしまう、いたし方ない部分がある。それに、医療サービスをうける側を面接調査しているため、どうしても医療一般に対する不満を多く拾うことになる。

ただし日本の医療の構造的問題として、医師の裁量権が大幅に認められているため、治療・検査・情報提供・カウンセリング・関連サービスの内容が大きくばらつくという問題が出てくる。とくに産婦人科の場合、他の専門分野に比較して、個々

の医師の治療方針や信念が反映されやすいため、関連サービスの面で著しい多様化が起きている。一方でこの問題に高い関心をもっている一群の女性は、こういう事実直面して、普通の医療以上に自分にあった産科医療をさがすために、多くのエネルギーを割いている。

医師側の意図と患者側の思いとの落差を解消するためには、医師の側が医療以外のさまざまな社会的に価値に寛容になると同時に、患者を独立した個人として対応することが重要である。胎児の性別などについての不用意な発言など、医師側のちょっとした不注意が、妊婦の心を大きく乱すことがある。さらには、内診台の診察に対する女性側の戸惑いなどを、今後の医療サービスを考える際にどう織り込んで行くか考えるべきであろう（この項、中山論文、参照）。

このよな医療サービスのバラつき、もしくは多様化に対して、納得できる産科医療を捜す女性の場合、そのために払う努力はたいへんなものがある。しかしこの個人的努力があまりに自己目的化し、現代医療に対して過剰な要求を当然のものとするケースも出てくる。その関心が生まれてくる子供にむかったのが、「パーフェクト・ベビー症候群」といわれるものであり、このような場合、現代医療の限界を正確につたえフィードバックすることも必要となる。

医療機関の選択は口コミによることが圧倒的に多いが、あらゆるメニューに対応しようとする医院と、明確な運営方針や信念で治療を行っている医院のどちらかを選ぶかは、まったく個々人の考え方によることが多い。またアメニティにとくに力をいれた産科医療サービスも着実に始まっている（この項、斎藤／拓植／中山論文、参照）。

2-III 周産期の意思決定

§ 高齢出産の増加

生殖年齢幅の拡大と晩婚化／高齢出産／高齢初産／周産期死亡率の問題

生物学的には生殖年齢は卵巣の年齢であり、初潮に始まり閉経に終わる。先進国ではこの初潮はやはり、閉経年齢がおくれる傾向がある。日本も例外ではない。これは医学的には生殖可能期間の延長を意味するものであるが、必ずしも人口増加に直結するものではない。先進国では計画出産が同時に進行するケースが多く、ドイツ、スイス、イ

ギリスなどでは人口は減ってきている。この閉経の遅れと女性の晩婚化にともなって、高齢出産の頻度が増えてきており、わが国でも30歳以上で初産をむかえるケースがめずらしくなくなっており、この面での医療政策上の配慮が必要になってきている。出生率の低減傾向にある先進諸国でも若干ではあるが、ドイツ、スウェーデンでは増加がみられる。この場合は高齢出産の増加だけではなく、結婚年齢の若年化、未婚による妊娠・出産など、政府による出産奨励政策や欧米における結婚観などの相違が反映しているものと思われる。逆に、人口抑制政策をめざす中国は、晩婚を奨励し、その結果高齢出産が増加しており、先進国型の課題をはらみつつある。

周産期の死亡率をみると、周産期死亡率が高いのは高齢の妊婦であり、また先天異常や低体重児の出産は35歳以上で急増する。歳をとるにつれて、高血圧、腎臓病、糖尿病などもふえる。このような病気の婦人が妊娠すれば当然、危険が高い妊娠になる。生活様式の欧米化に伴い肥満も問題になってきており、肥満高齢初産は妊娠中毒症や難産になる確立がたかくなる。最近では子供は1人か2人というケースが多く、高年初産は当然すべてが貴重児で、濃厚な分娩管理が要求されるようになる。胎児の管理はもとより、母体側の疾患に対する一層の配慮が必要になる。しかし、やはり高齢になってからでは妊娠を試みてもうまくいかない場合があり、高齢での妊娠・出産に失敗する悲劇が起こらぬよう医療側も配慮しておかなくてはならない（この項、雨森論文。出典は注参照）。

§ 周産期医療と生育限界

医学が進歩するままに任せておけないレベルに達してしまった問題の一つに、受胎から出生までのどこかに生育限界を引かなくてはいけないという問題がある。新生児医療の急速な進歩の代償として、この子の治療を続けるべきなのか、あるいは徹底的な治療が本当によいことなのかどうかという、NICUで日々直面するジレンマがそれである。欧米的な考え方では、まず人間性というものが定義され、これに見合う段差を胎児のある時期に認め、そこを不連続点として線引きを行うことになる。しかしこのような論法で日本のNICUの現場を律するのは無理があり、むしろこのような線引は行わないで、家族と医療チームとの時間をかけた話し合いの中から個々の治療方針が決定さ

れることが望ましいし、日本の医療現場はそのような方向にある。これとは少し別の文脈でアメリカでは、困難なケースの決定に関して施設内のスタッフで助言的意見をまとめる倫理委員会が置かれるようになっていく。

これまでの言葉使いでは、生育と成育とはほぼ同じ意味として用いられているが、苦しい決断を迫られる新生児医療の現場では、この二つの言葉のもつ意味合いも重要な差異となってくる。生育限界とは、単に生きることのできる限界という意味に相当し、出生後、数時間しか生きられない場合でも、また高い確率で重度の障害を残しうる場合もこの中に含まれる。妊娠のある時期にこのような判断の境目を設けなければいけない理由はいくつかある。基本的には、現在の医療の水準で成育可能なのにその機会が与えられないまま死んでしまうのを防ぐ目的と、逆に、成育不可能な胎児に無益な苦しみのみの治療が加えられることを防ぐ目的のためである。さらに欧米の社会ではとくに、人工妊娠中絶の医学的論点を明確にするという目的がある。とくに、1973年の米最高裁の中絶自由化判決の根拠が、胎児の母体外での生育限界という、法的判断の主要な根拠に医学的理由をもってきたため、これ以来欧米社会はこの問題の動向にきわめて敏感になっている。近年の日本における新生児医療の進歩はめざましく、超未熟児の生存率も最近の全国調査では約70%の生存率となっている。東京女子医科大学母子総合医療センターの超未熟児の生存率は82%であり、その死因も染色体異常、子宮内発育不全、仮死に伴う障害などの理由によるものがほとんどであり、未熟性そのものによる死亡は少ない。現在では24週以上であれば、その出生前管理が重要になってきている（この項、仁志田論文、出典は注参照）。

§ インフォームド・コンセント

複雑になる一方の出産の現場における意思決定は、いうまでもなくインフォームド・コンセントによるべきである。インフォームド・コンセントは、日本語に訳しづらい概念である。この言葉に現在込められている内容は、「医者＝患者関係において、患者が十分な情報を与えられたうえで同意すること」であろう。この概念がとりわけ力説されるのは、アメリカでの医療倫理においてである。

インフォームド・コンセントの起源には二つがある。一つは、人体実験にかかわるニュルンベル

ク・コードであり、他方は、医療裁判の判決のなかで積み上げられてきた、患者の体に侵襲を加える場合必ず本人の同意が必要だとする考え方である。このような概念を、今日的意味に铸直し、医療思想の基本理念の一つとして立ち立てたのは1970年代のアメリカである。ここで、患者は医療の場でも一個の独立した人間であるとする「患者の権利論」の核にインフォームド・コンセントの概念が組み入れられたのである。だが、このような宣言で医療の現場が一変するわけではない。医療の基本理念にインフォームド・コンセントを置くことを決定的にしたのは、1982年の米大統領委員会報告の『医療における意思決定』だといわれる。この報告は、「インフォームド・コンセントは法律で義務づけられるべきものではなく、医師と患者の互いの尊重と参画による共同の意思決定の過程に含まれる倫理的義務」とし、治療方針の決定を患者と医者とが積極的に共有すること（shared decision-making）だとした。つまりインフォームド・コンセントは、医療の側が常に正確な情報を提供するように意識し、共同で最良の決定を実現しようとする理念なのであろう。本質的には病気ではない出産の過程は、正確で十分な情報とカウンセリングが与えられた上で、インフォームド・コンセントが実現されることが理想である。その場合の同意とは、医療サービスをうける側が、生命現象としての出産と医療の現状の双方とを正確に知らされ、また本人もそうした努力と理解があって初めて成立するものであろう。これは考えようによっては、それほど難しくないことのはずである。

文 献 雨森良彦：助産婦雑誌、vol. 34, p. 618
仁志田博司：日本医師会雑誌、vol. 106,
p. 177

2-IV 出生前診断の倫理的問題

§ 出生前診断についての見解・ガイドライン／出生前診断サービスの企業化／障害胎児の生命権／優生学的誘導／DNA診断の実用化／障害者と人権

REPRODUCTIONの中心的課題でありながら、これまでわが国ではあまり論じられてこなかったのが、出生前診断の倫理問題である。世界的にみると、出生前診断は、有効な治療法がない重度の先天異常の予防策として広く認められてきている。しかし実際には、たとえば羊水診断で胎児に

重篤な異常があると診断された場合、そのカップルは妊娠を継続して出産するか、これを諦めるか、という重い選択を迫られることになる。一般に、第一子にダウン症の子をもつ母親が第二子妊娠をした場合、多くは羊水診断を希望し、さらにこのうち検査の結果、胎児に異常があると診断された場合どうするかという問には、8割以上が人工妊娠中絶を受けたいと考えている、というのが定説になっている（この項、白井論文および小池ほかの論文を参照）。

しかし、飯沼らが面接調査したところによれば、ダウン症児を出産した女性が次子を妊娠した場合、実際に羊水穿刺を受けたのは57.5%であった。これは羊水穿刺という検査自体が妊娠にとって選択すべき医療行為の一つであることを示しており、35歳以上の出産に関し羊水穿刺を当然視するアメリカ医学界のガイドラインを、そのまま日本に適用するのは不適切であることを示唆している。と同時に、35歳以下のおけるダウン症児の可能性を効果的にスクリーニングする方法が、考え出されなければならないであろう（この項、窪谷・飯沼・銭谷論文を参照）。

世界的には近年、DNA診断の実用化が急速に進んでおり、この倫理問題を扱った研究論文はおびただしい数にのぼっている。その理由は、第一に、80年代に入って、ハンチントン舞蹈病（HD）や嚢胞性繊維症（CF）などの遺伝病について、いくつかの手法でDNA診断が可能になり、実験的な診断プログラムが開始されたからである。第二は、ヒトノゲム・プロジェクトが動き出してすでに5年たち、研究予算の3~5%を倫理的・法的・社会的問題（Ethical, Legal, and Social Issues: ELSIと略称）に割くことが定着し成果が出始めたからである。

戦後、遺伝学研究と社会という問題で先進国は、これまでに二つの波にぶつかってきた。近年のDNA診断の倫理問題は第二の波であり、第一番めのより大きな波は、1970年代に行われた遺伝病スクリーニングと出生前診断についての論争であった。60年代末から、生化学的方法で常染色体劣性遺伝病の保因者の検査が可能になったため、有名になった病気がある。アフリカ系アメリカ人に多い鎌型血球貧血と、中東欧系ユダヤ人に多いテイ＝ザクス病である。双方とも集団スクリーニングが行われたが、前者は失敗例、後者は成功例とさ

れている。ただしこの論争の背後には、欧米における人工妊娠中絶の自由化問題が重なっていた。とくに73年の米連邦裁の中絶自由化判決は当時としては画期的なものであったため、かえって激しい賛否の議論をまき起こした。またこの時期、羊水穿刺による出生前診断が行われ始めたため、この技術の是非は中絶論争の一部として扱われた。その結論は、中絶は道徳的に勧められないが、胎児に重篤な異常がみつかった場合に本人意思で行う中絶は許容される、という基準に落ち着いた。重要なのは、これら検査そのもの以上に、当事者へのカウンセリングと一般の教育である、という結論を社会が体得したことである。こうして欧米では80年代に入ると、さまざまな段階での遺伝病スクリーニングは、保健政策として広く行われるようになっていく。このような社会的論争を経ているかぎり、DNA診断の倫理論争はずっと容易になる。

さらに80年代末以降、実験的なDNA診断プログラムが始められている。その代表例が、CF（嚢胞性繊維症）とHD（ハンチントン舞蹈病）のDNA診断計画である。CFも劣性遺伝病であるが、このDNA診断をルーチン化した場合、大規模な差別が発生する恐れが指摘されている。とくにアメリカでは医療保険の多くが自由市場で賄われているため、保険加入の段階でDNA診断を強要される可能性があること、また企業がDNA診断を有望市場とみなして商業化を進めているため、問題が拍車がかかっている。その上、鎌型血球貧血やテイ＝ザクス病は対象となる人間が少なかったのに対して、CFは欧州系白人全体に多い（新生児2500人あたり1人発病）ため、問題が一気に巨大化することである。ただし、このような遺伝因子のスクリーニングの議論と政策立案は、これを発生予防策と考えるプラグマティズムに立脚している。その根底には健常と異常という振り分けが、当然のものとして前提とされている。しかしDNAの解読が進めば進むほど、健常と異常の境目は曖昧になっていくし、そもそもそれを治療すべきものか否か、という病者の人権に関わる根本的な問に出会わざるをえなくなる。すでにハンチントン舞蹈病の発症前診断については、いつ診断を行うのか、いつ診断結果をだれが告知するのか、そもそもそのような診断は必要なことなのか、など根幹に関わる問が発せられてきている。

ところが日本は、これらの論争の波を体験していない。日本では、このような診断を組織で行うことは障害者の事前抹殺につながる優生思想だとする反対論がなお強い。この見解の違いは、日本と他先進国とでは回避すべきと信じられている優生政策の内容にズレがあることを示していると同時に、障害者や一般の人間が抱く不安に対して、専門家がこれを正面から受け止めようとする努力を十分には払ってこなかったことにも一因があるかも知れない。それは一面で、専門家と一般の人間の双方が、このような技術を安全かつ道徳的に使いきる社会運営についての、自信のなさの表明とも解釈できる。しかし、出生前診断・DNA診断の実用化の現実はまだおし止めできないところまできており、日本でも公開の場で本格的に論じるべき段階に確実にきている。

文献 窪谷健、飯沼和三、銭谷悦子；東京母性衛生学会誌、vol. 10 p. 47

2-V 女性の目からみた出生関連諸技術の現在 § 不妊の原因・診断／治療／介添え妊娠（人工授精、体外授精など）

不妊治療を体験した女性の聞き取り調査では、この治療を実際にうけて初めて、苦痛や不安に直面していることがはっきりした。つまり不妊であることと不妊治療を受けること双方で、多くの女性は圧迫感を感じている。先端医療としての華々しい報道や市販の本の内容とは対照的に、実際に不妊治療に入ってみて、これが生易しいものではないことを知ることになる。診察や検査の段階で、痛み・副作用を覚える例が多く、また成功率が低く先がみえないことも不安の原因となる。一般に、不妊の当事者であるため先端医療に対して肯定的になる一方で、医者に対して詳しい情報を望みながら、実際の治療法の選択を自分自身で決めていない場合が少なくない。治療の選択の幅が広がることは、現実を選択をする個人が存在していなくてはならないが、不妊治療を続けているすべての女性が必ずしも実際に自立した個人として振る舞えるわけではない。不妊治療としてすでに体外授精や顕微授精は広く普及しており、諸外国の例からみても、社会としてこの現実をどう考えるか議論すべき時期にきている。

不妊という診断が下されたことで、その女性は自身の身体に否定的な感情をもち、不妊治療を受

けてますます精神的な苦痛が大きくなることがある。たとえ男性不妊が原因があっても、顕微授精などで操作の対象になるのは主として女性の側であることも圧迫感の一因となる。医師側の努力にもかかわらず、患者は不妊であることと、不妊治療の両面に耐えなければならない。女性が子供を受けないことからくる女性としてのアイデンティティの危機に直面することもあり。この点でカウンセリングがますます重要になる（この項、拓植論文参照）。

また、不妊であること自体からくる圧迫感を訴える例が多いが、その具体的内容は必ずしも明確にされているわけではない。現代における不妊の意味は、結婚・家庭・人間関係の変化によって変わってきており、分析が必要である。

2-VI 制度的側面－諸外国における出生関連諸技術に対する政策

[この項全体は棚島論文を参照]

2-VII チャート・索引

3. 結論・今後の課題

周産期医療サービスを受ける女性を中心にヒアリング調査を行ってみた結果、わが国における医療形態の長所と欠点が浮かびあがってきたようにみえる。それは現場の医師がたいへんな努力をしながら、日本の医療費配分が技術や薬剤に重きがおかれ、カウンセリングなどソフト部分にはあまり配分されてはこなかったこともあって、医療サービスを受ける女性の思いとは段差があることである。医師の側は多忙であり、患者と対話を交わす時間が極端に少ない。このなかでできる工夫改善も限られてくる。このような状態では、どうしても医療の供給者側の都合で医療全体が設計されてしまいやすく、これも女性の側とのズレ違いを起こす原因の一つであろう。

一般的に社会的倫理的問題の名で議論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と言ってよい。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とが直接ぶつかる場

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、この腫の政策を立案し決定する場合は、原理的には医療専門家にまかせておいてよいのか、議会がよいのか、第三の機関を設置するのがよいのか、試行錯誤のさ中にある。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上げることにエネルギーの多くをつぎ込んでいる。この根底には、現代情報社会においてはどのような機関決定であるにせよ、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社会認識がある。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なしには社会的権威が獲得できなくなっているのである。

しかしこれまでの日本は、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できてきた。確かにわが国でも、体外授精やその関連技術の使用については、産婦人科学会などガイドラインを出している。だがこれは他先進国と対比すると、学会が定めた強制力のない指針にとどまるものである。

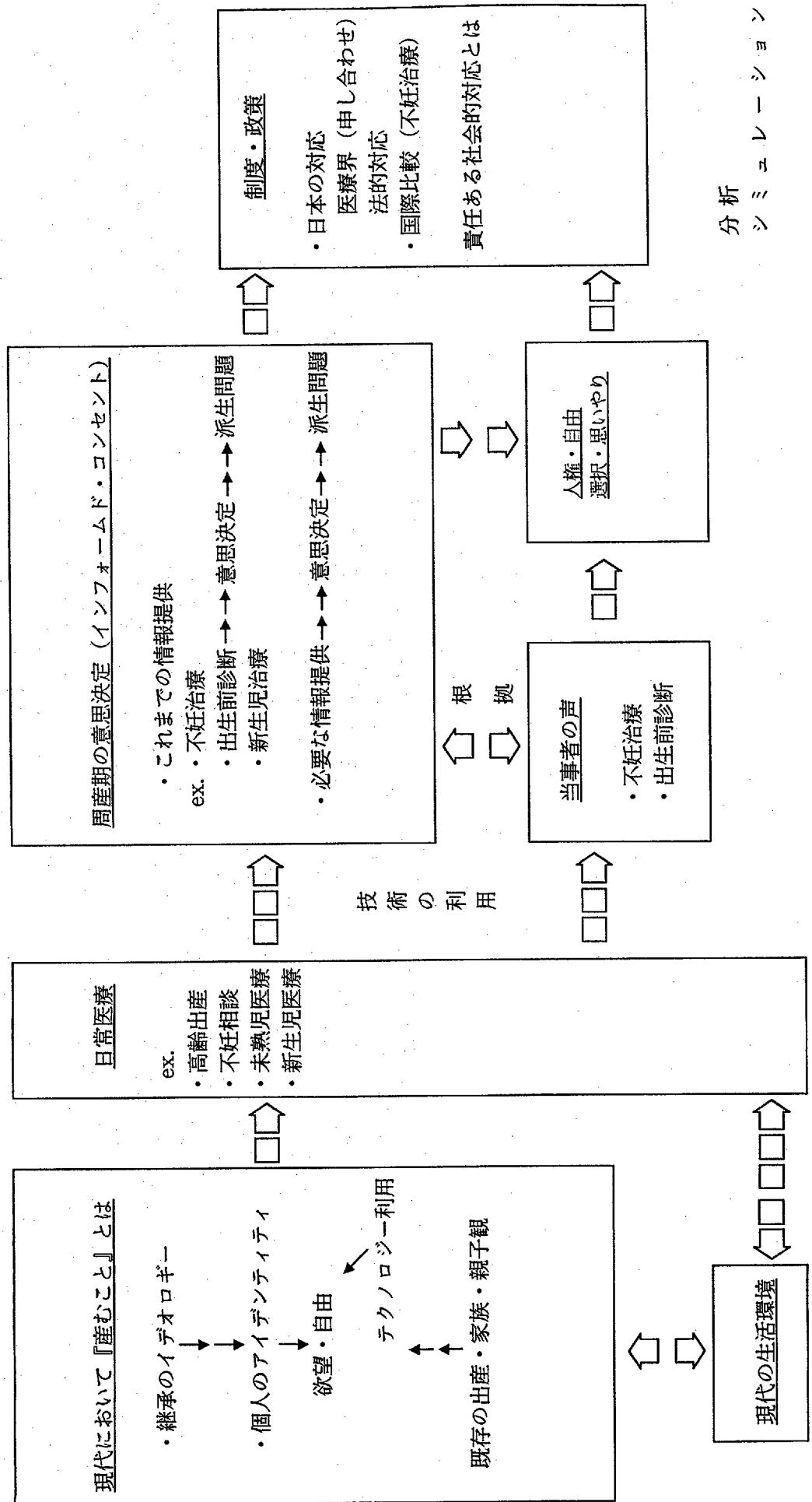
たとえば先端医療以前のものに、AIDの倫理問題がある。AIDは、現在ごく少数の大学病院と一般施設で行われている。わが国最初のAIDは1958年に行われ、現在までに積算で約1万人がAIDで出生しているといわれる。毎年2万人がAIDで生まれてくるアメリカに比べれば、この数字は確かに少ない。しかし、だからといってAIDが潜在的に抱えている社会的倫理的問題を直視しなくてもよい、ということにはならない。AIDの医学的適応基準、および社会的適応基準（たとえば法的に結婚している夫婦に限るか、独身女性・外国籍・同性愛のカップルなどから希望があった場合どうするか）、精子ドナーの選択基準、生まれてくる子の法的問題、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あまりなかった。

わが国の議論にはアメリカの影響が強いが、アメリカでは中絶問題が政治問題化したために、国レベルでの報告書作成や規制は行われていない。一方、欧州では近年、出生諸技術についての法的規制が行われるようになってきている。イギリスでは

、90年秋にヒトの受精と胚研究に関する法律が成立し、ヒト受精卵・胚の扱い・操作に関して刑事罰をとるよう法規制が始まった。フランスは現在、民法典の改正を含む、生命倫理三法案を審議中で、これにより人体およびその組織は人権を体现する座であるとして、代理母・貸腹を含む人体に関するすべての商取引を禁止した。ただし、日本が諸外国のこれまでの作業を参考にする場合に注目すべきは、個々の規制内容よりはそのプロセスの方であろう。それはほぼ次のような手順をとってきている。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。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、その結果だけを借用しても事態は上滑りしてしまうだろう。世界的にみると、日・欧・米の先進三極のうち、カナダ、オーストラリアなど旧英連邦はアメリカの医事法学会などを通して、また欧州諸国はEU第12委員会や欧州評議会を通して、情報交換とガイドラインの国際的な一元化を始めている。

繰り返し言えば、わが国でも第一にすべきことは、やはり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、ほぼルーチン化した体外受精、減数手術、顕微受精、余剰胚の扱いなど、課題は山積している。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、これを受け止める医療職能集団の側が、医療サービスの質を自ら管理しようという強い使命感をもって初めて効力がでてくる。これは実際には、専門家自身による相互チェックが行われることであり、日本の医療もこのような職能意識とこれに立脚した責任感はさらに強化される必要があると思われる。本来、医療は、個々の社会の価値観と技術の実用性とが直接ぶつかる場であるはずであり、これは私たち自身が21世紀をみつめて、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、工夫し発見していかなくてはならないことを意味している。これが諸外国との比較からくる、わが国への対応のあり方への、最も確かな教訓であろう。

図1 報告書流れ図



分析
シミュレーション



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



序: “つながる”ということ

本研究には、REPRODUCTION というテーマが与えられた。この英語は、直訳すれば、生殖、再生、出産、誕生にあたるのであろうが、与えられた課題は、医療を含む保健であり、かつ社会性・倫理性という面をも含む包括的のものであるとされている。このような前提を踏まえた上で、私たちの問題意識を表わすのにふさわしい言葉として“つながり”という言葉を選びとった。“つながり”という言葉は、親から子への継承、親と子の絆、医師と妊婦の関係、さらには家庭や社会の中での強弱さまざまな人と人の連続性をも含むものである。私たちは、この“つながり”という言葉によって、現代社会を、人間の生物学的な側面を結び目にして空間的・時間的(言語学の用語を使えば共時的・通時的)にとらえようとする試みを表現するものと考えた。

母親にとって“産む”、子供にとっては“産まれる”ということは、一つの生命がこの世に登場し、人が親になり、親子(母子)関係が生まれることである。そもそも出産・誕生は、世代の連続性という生物の基本を支えるものであり、けっして難しく考えるべきものではない。その素晴らしいドラマである出産というできごとと、産まれてくる子供の一人一人を祝福して受けとめる社会を実現させるためには、出産をめぐる基本的システムが確かなものであることが重要である。いま、この基本的な仕組みはどうなっているのだろうか。とくに現在の日本における誕生を支える局面で、親と子のつながり(文化的・社会的つながり)がどうなっているのか、その実態を調査し再確認すると同時に、具体的な医療の場における人と人とのつながりがどうあるのが望ましいかを、出産・誕生に焦点をあわせて考察してみた。またこの目的にそう限りにおいて、諸外国で行われている妊娠・出産に関する技術規制の現状を比較分析した。