

リプロダクションと個人の自由、意思、権利

齋藤有紀子

はじめに

ひとが生命を育むいとなみ…自らの生を生き、さらに他の人々の生命と関わりながら、ともに生きていくこと…は、おそらくあらゆる社会で、大切なこととして考えられているだろう。そしてまた、リプロダクションをめぐる社会と文化のシステムも、人々のそのような意識とともに、そこで暮らしている人たちが、ほとんど意識できないくらい、大きく静かに人々を包み込んでいる。

本報告の他の論稿より、リプロダクションを取り巻く文化的しきみが明らかにされ、また、技術革新が生み出した新しい社会心理的葛藤が、少なからず明らかにされてきた。

本稿では、リプロダクションにおける個人の意思決定が、どのような意味をもつのか、その可能性と限界を考えていきたい。

1 「個人」を視点にしてリプロダクションを語る意味

他の論稿を待つまでもなく、リプロダクションは、純粹に個人の問題としてではなく、社会・文化的な種々の要素に深く関わりながら存在している。しかし近年、以下のような事情から、リプロダクションを新しく「個人」というキーワードで語る契機がうみだされた。

- ①性や生殖の問題が、個人のからだと心に深く関わる問題として再確認され始めたこと。とりわけプロダクションの第一の当事者としての、女性の性とからだについては、その多様なライフサイクルに合わせて考える必要性がうまれてきている。
- ②リプロダクションのヘルス・ケアが、多かれ少なかれ医療と関わるため、その一つ一つを、医師－患者関係の文脈で考える必要性がうまれたこと。
- ③技術の利用を、個人が自分の意思で選ぶことから、リプロダクションを、「事実」ではなく、「個人の意思決定」の問題としてとらえる契機がうまれたこと。
- ④新しい生殖技術によって、きわめて個人的なリプロダクションの問題が、同時に、他人のか

らだにまで及ぶケースが現われ、それらを新たな人権問題としてとらえる必要がうまれたこと。

「個人」を際立たせて語ることは、これまで、家・家族・家庭・夫婦・親子などの言葉（そして社会的制度）が、曖昧に、しかし緩やかに包み込んでいたリプロダクション個人ひとりひとりの問題と、強く意識させることになる。権利・義務をはっきりさせることにより、人間関係が、対立するものとして描かれてしまうことも多い。そのことは、リプロダクションの場における人間関係を殺伐とさせると考える人がいるかもしれない。しかし筆者は、個人という言葉の多用が、必ずしも、従来の人間関係を否定することはつながらず、むしろ、それが、今後人々の多様性を保障するものとして有効に働くという立場から論稿をすすめていきたい。

確かに、個人を強調することで、私たちは、ある種の固定観念に安住することを許されなくなる。家族や親子という言葉は、社会の枠組を示す単位でもあるが、それが個人レベルで語られることでその意味も、形態も、「ひとそれぞれ」となり、家族とはこういうもの、親子とはこうあるべき、と一般化して言い切ることが難しくなる。このように私的な関係が個人単位で語られることは、日本社会において果たして「不安定」なことだろうか。

2 戦後民法と個人

戦後（1948年）、民法典は、結婚を両性の合意で成立するものとし、家族を、夫婦という横軸と親子という縦軸で構成することを明言した。そこでは、基本的に自由で平等な個人と個人のつながりが想定されていた。

しかし一方、民法制定当初は、旧来の家族共同体の習慣も残っており、民法が目指した家族と、実際の家族の間には、まだ隔たりが存在していたといっている。例えば、それまで日本の農村では、嫁をもらってすぐに届出を出さずに、しばらく働かせ、家風に合わなければ実家に帰してしまうことも珍しくなく、統計に出てこない離婚も少なく

なかったといわれている（我妻栄『法律における理屈と人情』日本評論社1987）。

法律家たちはまず、平等な個人の意思に基づく婚姻の届出を奨励することにより、不平等な離婚を減らし、平等な男女「婚姻を軸とした家族」の基礎作りを開始しようとした。

もちろん、法律が、自由で平等な個人の結びつきを想定しても、現実の人間がそうなるわけではない。法律はその便宜上、現実の一つの枠を定め、物事に線を引いているに過ぎない。法律が定めた家族観と、現に暮らしている人たちの家族意識の間には、当然ズレが生じてこよう。また、法律が護ろうとする家族（法が理想とする家族）と、現実の家族との間にも、隔たりが存在するであろう。

民法が施行されたおよそ50年前、新しい民法と人々の生活意識にも、当然のようにギャップがあり、まだ「個人」になり切っていない市民と、民主的な家庭を目指す法との間には調整作業が必要であった。当時の法学者たちが、新民法の理解と啓蒙のために日本全国を講演して回ったというエピソードもある。

しかし一方、市民の間にも、新しい民法に対して、離婚が増える、親不孝が増える、祖先を祀る人がいなくなる、農家の相続ができない…など、生活感情とのギャップに戸惑う声は根強かった。つまり、家長の権威がなくなり男女が平等になると、家庭内の秩序が乱れ、安易な離婚が増える、長男以外のすべての子どもが平等になり、均分相続が実施されると、長男の義務と責任が分からなくなり、親の扶養・先祖の供養ができない、農村での均分相続は、農地の細分化につながり、家業存続の危機が生じる、などの不安である。

そして半世紀を経た現在、結婚や出産、離婚を経験する人のほとんどは、戦後の憲法・民法の下で教育を受けた世代となった。離婚の増加、少子化（平成4年国民生活白書）、高齢化（昭和63年度厚生白書）、農家の継承の問題（1章の3・波平論文参照）、自由な葬儀・墓の模索など、民法制定当初、懸念された問題が、いよいよ現実化してきたようにも見えてくる。このことをもって、欧米社会の「個人」「自由」「権利」などの概念を日本社会にそのまま適用することの限界を唱えている人もいる。

しかし一方で、現実にはさらに進んでいく。法律という枠にこだわらず、届出をしないで結婚生活

を始める男女（事実婚）、事実婚で生まれてきた子どもたち（非嫡出子）、その身分保障、離婚の増加、それに伴う一人親家族の増加、晩婚化と晩産化…など。これらは、旧民法時代の慣習として事実上残ってきた「内縁」「婚外子」などと、形式的には変わらないものの、その精神と実質は、今までのそれと大きくかけ離れている。

個人が「意思的に」家族を形成する（またはそれが許容される）時代を迎え、法制度・社会制度も、新たな認識を迫られている（現在、民法は改正の方向にあるが、本旨からはずれるので本稿では触れない）。多様化するライフスタイルを前に、自由で平等な個人を主体とする戦後の法精神が問い直され、人権保障の制度の再編成が模索されている。

「個人」「自由」「権利」などの抽象概念のみで、実際の人間関係を構成することには、確かに限界があるだろう。しかし、その言葉によって護られるものも少なくない。日本社会において、日常的なリプロダクションから、先端医療技術を使っただけのリプロダクションまでを、包括的に語る万能なキーワードは、いまだ見つからないように思われる。それを見つけるべきか否かも含めて、今後更なる議論が必要であろう。その契機の一助となることを願って、以下に、前記①～④に関連させながら、若干の考察を試みたい。

3 個人の権利：リプロダクティブ・ヘルスとリプロダクティブ・ライツ

「リプロダクション」は、いまだ定まった訳を持っていない。その語感からは、どうしても妊娠と出産を思い起こすが、現在、その言葉の範囲は、妊娠・出産はもちろん、生殖細胞を用いる先端技術から、性をめぐる問題・思春期・更年期の問題、避妊、人工妊娠中絶など、広く女性（そして男性）のからだ、健康、性や生殖の問題全般に及ぶと考えられている。

後述するが、近年では妊娠・出産も、単に産む・産まないで二分することができなくなってきた。すなわち、産む（産みたい）妊娠のほかに、産まない妊娠、産めない人にとっての妊娠、産む（ための）減胎手術、産めなかった妊娠、望んだ妊娠、望まなかった妊娠…など。妊娠という事実を、そこにある女性（そして男性）の意識に寄り添わせて考えなければ、ひとりひとりの繊細な部分に立

ち入る問題を論じ切れなくなっている。

性や生殖の問題が、個人のからだと心に深く関わる問題として再確認され始めるにつれ、リプロダクションの第一の当事者としての、女性の性からだについて、その多様なライフサイクルに合わせて考える必要性が生まれてきた。女性のからだのできごとは、妊娠・出産に限定されない。女性のからだには、「妊娠・出産のしくみを備えているゆえに起こりえる健康テーマ」はあるものの、それは、必ずしも「妊娠・出産の健康テーマ」ではないのである。

これまで女性の健康をささえる言葉には、母子保健があった。これは、小児保健・成人保健・老人保健・精神保健と並んで、女性の健康を保護するためのものである。

母子保健は、母性を軸にして女性の一生を見つめているとされている。そこでは、女性のライフサイクル（小児期、思春期、成熟期、更年期、老年期）は、卵巣機能の消長によって区切られる。母子保健の基本方針は、「尊い生命を創造し育ていく重大な機能を有する母性を尊重し、保護すること」、および「子どもの健康の保持・増進に努めること」。母子健康法は明らかに、母となる女性、母としての女性、そして「母性」を尊重し、保護しようとしてきた。

母性の特徴としては、例えば次のような記述がある。「第一次、第二次性徴にあげられる女性の特徴は、すべて女性が妊娠・分娩・育児に適するようになっており、その反面筋力は弱く、腹圧に対する抵抗も弱く、肺活量も小で重労働には適さない。精神的にも幼児より情緒性にとみ、子どもを

持ちたいという願望が強く、内向的消極的である。このようなことは男性が外で働くのに適しているように女子は家庭を守り、育児を行うことに適している。」（村上旭『母性看護の学び方』金芳堂1988）。母性は最近まで常に、産むことや、子どもを育むことを主眼に語られてきた。近年新しい母性研究が、ようやく、これまでの「母性」のあり方を問い直し、「母性は女性の適性」「崇高な母性愛」などの言葉にとらわれて辛い思いをする女性たちの実像を伝え始めている（大日向雅美『母性は女の勲章ですか？』産経新聞社1992）。

これからのリプロダクティブ・ヘルス・ケアが、女性のリプロダクションを「全体として」ささえようとするのなら、産む女性・産まない女性・産めない女性・産まなかった女性など、様々な女性のリプロダクションをささえなくてはならないだろう。そのためには生殖機能の消長という生物的事実や、漠然とした「母性」の保護、「妊娠・出産の健康」概念だけではたりない。厚生省の本プロジェクト（心身障害研究「リプロダクティブ・ヘルスに関する研究班」班長・坂元正一）が、分担研究の柱として、女性保健、女性の労働環境、思春期などと掲げているのも、おそらくこのような問題意識からと考えられる。

では、リプロダクションに関わる健康、権利について、現在どのようなことがいわれているだろうか。ここに、リプロダクティブ・ヘルスとリプロダクティブ・ライツについて、いくつかの定義を紹介する。紹介にあたっては、芦野百合子さん（社団法人日本家族計画連盟）のご厚意により、全面的に資料（芦野百合子さん作成脚注*含む）をご提供いただいた。

◇WHOのリプロダクティブ・ヘルスの定義（1994年4月の国連人口開発会議最終準備委員会で配布され、同会議の94年5月13日付行動計画案に記載された）。

「リプロダクティブ・ヘルスとは、妊娠・出産（Reproduction）のシステムおよびその機能とプロセスに関わるすべての事象において、単に病気がないあるいは病的状態にないということではなく、身体的、精神的、社会的に良好な状態（well-being）にあることをいう。

したがって、リプロダクティブ・ヘルスには以下のことが含まれる。すなわち、人々（People）が安全で満足いく性生活がもてること、子どもを産む可能性を持つこと、さらに、産むかどうか、産むならいつ何人産むかを定める自由を持つことである。最後の決定の自由という条件で意味しているのは、次の権利である。男女ともが、自分の選んだ安全で効果的で支払い可能な利用しやすい法、技術、サービスである

出生調節法 (fertility regulation)* についての情報を得、その方法を入手する権利、および、女性が安全に妊娠・出産でき、またカップルが可能な限り健康な乳児を持つ機会に恵まれるよう、適切なヘルス・ケア・サービスを入手する権利である。

以上のリプロダクティブ・ヘルスの定義にのっとり、リプロダクティブ・ヘルス・ケアは次のように定義される。リプロダクティブ・ヘルス・ケアとは、リプロダクティブ・ヘルスに関する諸問題を予防または解決することで、リプロダクティブ・ヘルスと well-being** に貢献する一連の方法、技術、サービスである

* WHO のいう fertility regulation には人工妊娠中絶も含まれるといわれる。

** 通常 “良好な状態”、ときには “福祉” と訳されるが、何が、“良好” かは個人によって違うので、“私がより良い状態で私らしく生きられること” と解釈してはどうだろうか。

◇女性によるリプロダクティブ・ヘルスの定義

1) 国際女性の健康連合 (International Women's Health Coalition) 副会長アドリーン・ジャーメイン (Adrienne Germain) ほか

(A) 望まない妊娠を効果的に防ぐには、女性のライフサイクルを通して、妊娠・出産およびセクシュアリティのあらゆる側面に対するサービスが必要である。リプロダクティブ・ヘルス・ケアには理想的には以下のことが含まれるべきである。

- ① 避妊、
- ② 不妊の予防や治療、
- ③ 安全な中絶、
- ④ 出産および産前産後のケア
- ⑤ 生殖器系の感染症および出産による外傷や年齢、多産などに関連した婦人科問題についての教育、検査、治療、
- ⑥ セクシュアリティに関する教育とカウンセリング、
- ⑦ 乳幼児と子どもに対するヘルス・ケア。

これらのサービスを行うにあたっては、尊敬を持ってクライアントに接し、十分な情報と (女性の) 自由な選択を重視しフォロー・アップの制度を確立することが必要である。そして、妊娠・出産に関連する女性の権利と尊厳に責任を持って関わることである。

(B) 女性に対するセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス・サービスの目的には、単に出生調節だけでなく以下のことが含まれる。

- ① 女性が自ら産む産まないの調節を安全で効果的に行えること。すなわち望むときに妊娠・出産し、望まない妊娠の場合は中断できるようにすること。
- ② 健康で満たされた性生活。すなわち、疾病や暴力、障害、恐怖、不必要な苦痛、妊産婦死亡、性に関連した死亡から自由であること。
- ③ 女性が自ら希望するとき、希望するように子どもを産み、健康に育てることができること。

出典：(A) Adrienne Germain 1988. Meeting women's needs. People Vol 15 No.4 IPPF
(B) Adrienne Germain, Sia Nowrojee, and Hnin Hnin Pyne 1994. Setting a New Agenda: Sexual and Reproductive Health and Right. Population Policies Reconsidered - Health, Empowerment, and Rights, International Women's Health Coalition, Harvard Center for Population and Development Studies.

2) グループ・女の人権と性

リプロダクティブ・ヘルスとは、女性の性と生殖に関する健康* のこと。そしてさらに女性の人生そのものの健康までをトータルにいう。初潮、月経、思春期、避妊、不妊**、妊娠、人工妊娠中絶、出

産、授乳、更年期、閉経、女性特有の病気およびセクシュアリティを、女性の健康という視点からとらえ直す新しい考えである。リプロダクティブ・ヘルスの保障は、女性の基本的人権の確保のために欠かせない要素である。リプロダクティブ・ヘルスに関する女性の自己決定権***を重んじ社会にその保障を求める「女性と健康」運動は、いま世界的に繰り広げられている。

出典：『リプロダクティブ・ヘルスを私たちの手に』グループ・女の人権と性 1990

* WHO の定義に準ずる

**体外受精など最先端生殖技術を使った不妊治療に関しては、生命倫理上も複雑な問題が絡んでおり、それを従来の医学治療と同様に扱うことに関しては、グループ・女の人権と性は否定的である。

***リプロダクティブ・ヘルスに関する女の自己決定権、あるいは女性のからだ性と性の自己決定権をリプロダクティブ・ライツという。その中心となるのが、産む産まないの選択の自由である。(現時点では前記定義に性感染症と HIV/AIDS の問題を加えるべきであろう)。

◇女性によるリプロダクティブ・ライツの定義

リプロダクティブ・ライツとは、子どもを産むか否か、産むとしたらいつどのように子どもを産むかに関する女性の権利である。その権利は、国籍、階級、人種、民族、年齢、宗教、障害、セクシュアリティ、婚姻関係の有無に係わらず、社会・経済・政治的に保障されるべきである。それはさらに、次の事柄に対する権利とアクセスを意味する。

- ①インフォームド・チョイス (十分な情報を得た上で自由意思で選択すること) に不可欠な情報。その内容は、セクシュアリティと妊娠・出産：リプロダクティブ・ヘルスと健康全般に係わる問題：および薬や器具、医学治療の利点と危険である。
- ②女性のニーズに基づいた、すべての女性に入手可能な良質で包括的なリプロダクティブ・ヘルス・サービス。
- ③安全で効果的な避妊と不妊手術。
- ④安全で合法的な中絶
- ⑤女性が自分で管理できる (women controlled) 安全な妊娠と出産。
- ⑥不妊に対する予防と安全で効果的な治療。

これらの権利の行使を可能にするには、社会・経済・政治的条件整備が不可欠である。

出典：Women's Global Network for Reproductive Rights (Periodical organ of Women's Global Network for Reproductive Rights)

提唱された時代、提唱者の立場によって、微妙な差異はある。しかし、いずれの定義にも共通しているのは、リプロダクションにおける健康が、第一に、人々の自由、権利、と密接に関わっていることであろう。それは、身体的・精神的自由、情報へのアクセスの自由、情報の取捨選択の自由であり、すなわち自己決定の自由、権利である。国家や社会、専門家集団は、そのような個人の利益に寄与するため、技術や情報を提供し、健康を護る責任を負うこととなる。

4 妊産婦の権利と医療

ここでさらに、リプロダクティブ・ヘルスある

いはライツの一つを具体的に示す「妊産婦の権利」を紹介する。

上述のように、リプロダクションは、基本的に個人に帰属する。各人は、国や第三者から、強制や不当な干渉を受けることから自由でなければならない。しかし一方で、リプロダクションのヘルス・ケアは、多かれ少なかれ医療と関わる。よって、その一つ一つを、医師-患者関係の文脈、そして、医療情報がどうあるべきかという文脈で考える必要も生まれてきた。

とりわけ妊娠・出産に関しては、戦後 GHQ の施策により、日本では、助産婦が独立した職能としてではなく、看護婦教育の延長で資格をとること

となったため、助産の職能集団が、医療施設内に集中した。病院での出産＝近代的なお産＝安全というイメージとあいまって、施設（病医院）での分娩数は飛躍的に伸び、現在ではほぼ99%となっている。現在、多くの女性たちは、好むと好まざるとにかかわらず医療のノウハウに囲まれながら、分娩管理をなされていることになる。

お産は病気ではない、妊婦は患者ではない、とはよくいわれることがあるが、出産の殆どが、病気の人が集まる「医療施設」という空間で、医療関係者に囲まれて行われている現在、本来は健康な女性であるはずの妊婦も、「患者」の立場で、医療関係者と向かい合う。

先のリプロダクティブ・ヘルスの目的からいえば、妊産婦は、提供された情報に自由な気持ちでアクセスし、強制力のない環境で、自己決定していくのが望ましい。しかし、核家族化、少産化、そして情報の氾濫がいわゆる現在、経験に乏しい妊産婦にとって、妊娠中の身体の変調、胎児の異常に関する情報を、自身だけの力で把握、判断することは難しい、まして日本の場合、日常から離れた医療空間では、まだ、「患者」が一人の自立した人間として、自由にふるまう環境にはない。このような状況の下、妊産婦の中には、予防と治療の専門家である医師に身を委ね、「万が一」に備えて、集中的に管理・指導されることを安心で安全と考える人も、少なからず現れてこよう。

しかし、医療施設で集中的に管理されることが、「医療者主導の医療」と直結する必然性はない。妊産婦は、集中的に管理される医療サービスと引き換えに、患者（妊産婦）の主体性がないがしろにされることを甘受する必要はないのである。

医療施設における分娩管理では、① ハイリスク妊婦に対する適切な医療介入、② 胎児・新生児の異常に対する迅速な手当、が積極的評価を受ける一方で、合併症もなく順調な経過をたどる妊婦が、「疾病」を主に扱う医療空間で管理されていかなければならない。妊産婦たちも、「必要以上に病気扱い（医療介入）されたくない、しかし、いざというときの迅速な対応はしてほしい」とのニーズをもって、産科施設を訪れる。それはしばしば「安全で自然なお産」と表現され、この両者を積極的に共存させようと努める産院も現れ始めてきた（4章の1参照）。

しかし、このニーズを徹底的に実現しようとす

れば、最新の設備と、高度に訓練されたスタッフを揃えながら、日常分娩管理にあたることになり、供給者側にも、利用者側にも、経済的負担を強いてしまう。実際に、総合病院における全個室管理のLDRを実現した聖路加国際病院（東京）では、1994年現在、分娩費用が73～97万円（7日間）と、一般の2～3倍となっている。

結局、そのような状態を維持できる施設には限りがあるろうし、そこを利用できる妊産婦も限定されてこよう。そして何より、本報告書で何度も指摘されていることであるが、医療者側が、「これがいいのでは」と思うことと、妊産婦が「こうしたい」と思うことは、初めから必ずしも一致しているわけではない。それは、医療者と妊産婦の属性の違いからくるというよりも、むしろ、医療者ひとりひとりが目指している分娩管理に違いがあり、妊産婦がそれぞれ求めているお産が違うので、お互いのコミュニケーションなしに、そこでの「あらまほしきお産」が定まってこないからといえるだろう。

そこで必要となってくるのは、① 医療者が側が、医療管理（サービス）を、医療の需要者つまり妊産婦を中心に据えて提供しようとする姿勢を持ち、そのための体制を整えること、② 妊産婦側が、「納得して」出産に臨むために、その施設でどのようなレベルの医療が提供され、どのようなサポートやサービスが提供されるのかを知ろうと努めること、そして、個々の意思決定にあたって、どのような条件を吟味しなければならないのかを知るために、主体的に医療関係者とコミュニケーションをはかっていくこと、である。

しかし、通常のルーティン化された医療システムの中では、あえて強調されなければ、妊産婦の個別の主張には、耳を傾けられにくい。スタッフの数が限られた中で、医療が高度化すればするほど、スタッフの「手際よさ」が求められ、分娩管理のルーティン化はすすんでいく。

医療者－患者（妊産婦）が話し合うことやカウンセリングのための時間には、現在、保険が適応されていない。形として認められていないことは、「余裕があれば」「時間がある時に」などと、つい先送りにされ、なかなかルーティンワークの中に位置づけられていかない。本来、「納得のお産」をサポートするために、最も必要な情報提供とコミュニケーションの時間はおのずと少なくなっ

くる。

医療スタッフは、万が一に備えて最高レベルの医療を用意しようとする。その最高レベルを維持するために、スタッフのペースが定められ、そのスタッフのペースに合わせて、妊産婦へのサービスが決まってくる。組織が大きくなればなるほど、そして高度医療であればあるほど、残念ながらその傾向が強くなるのが現状である。

妊産婦によかれと思って整えられた「最高レベルの医療」のために、妊産婦へのきめ細かい個別対応のサービスが二の次になるとすれば、優先順

位が逆転していると言わざるをえない。これは妊産婦はもちろん、医療者にとっても不本意なことであろう。

以下に紹介する「妊産婦の権利章典」は、医療者側に都合よくルーティン化された分娩管理を、妊産婦主体の医療に取り戻す試みの一つである。様々なことを権利・義務関係で表現しながら、妊産婦の自覚を促すと同時に、「医療を選択する主体は妊産婦である」との認識を医療者にも促し、両者の開かれたコミュニケーションを保証しようとしている。

◇ 妊婦の権利章典（米患者の権利委員会：Comittee on Patient's Rights）

・妊（産）婦の権利

すべての妊婦には、

- ① 使用される薬剤や処置がもたらす直接・間接の影響を知る権利がある。
- ② 行われようとしている治療の利点や欠点や危険のほか、これにかわる方法の有無などを前もって知る権利がある。
- ③ 使用薬については、これを処方する医師から予め説明をきく権利がある。
- ④ 帝王切開の予定患者は、いわばどうでもよい前投薬を、帝王切開を受ける前には全然受けないか、又は最小限にしてもらったほうが胎児のためであることを、予め教えられる権利がある。
- ⑤ ある薬や、ある治療法の安全性がまだ確立していないならば、そのことを予め教えられる権利がある。
- ⑥ 使用される薬剤については、その商品名のほかに一般名についても知る権利がある。
- ⑦ ある処置に危険が伴う場合、これを受諾するかどうかを、自分で、周囲から圧力をかけられることなしに決定できる権利がある。
- ⑧ 分娩中に薬を与えたり、処置を行ったりする医師の氏名や資格についても、知る権利がある。
- ⑨ ある処置が、自分や胎児のために行われるのか、それとも医師側の都合や教育や研究のために選択的に行われるのかを、予め知る権利がある。
- ⑩ 分娩の際に、自分の世話をしたり、慰めたり、励ましてくれる人に付き添われる権利がある。
- ⑪ いろいろ説明を聞いた上で、分娩に際しては、自分にとっても胎児にとっても、もっとも負担の軽い体位を選ぶ権利がある。

また、すべての産婦には、

- ⑫ 生まれた子供に異常がなかったら、子供を自分のそばに寝かせ、自分の乳で育てる権利がある。
- ⑬ お産を実際にとりあげてくれた人の名前や資格を知る権利がある。
- ⑭ 母子のいずれかに、後で何か支障の起きそうな場合には、予めそれを告げられる権利がある。
- ⑮ 出産に関する記録を、子供が成人に達するまで、医療機関に保存してもらう権利がある。もしそれが不可能なら、それを廃棄処分にする前に、みせてもらう権利もある（看護記録についても同様である）。
- ⑯（病院）入院中はもちろんのこと、退院後も、（病院）の記録を見せてもらえる権利がある。（看護記録についても同様である）。またしかるべき費用を払いさえするならば、記録のコピーを

入手できる権利もある。

薬物の使用や分娩の介助から被害を受けなければならないのは、医療担当者ではなくて産婦とその子供である。上述の諸権利に目覚めることは、産婦を種々の決定に参加させることによって、単に産婦とその子供を守るだけでなく、医療担当者側と病院を守り、産婦側の恨みや誤解に基づく訴訟事件を防ぐことにもなる。

参 考：「母性看護の発展」 S.J.リーダー他編 尾島信夫日本語版監修 『母性看護学Ⅱ』医学書院 1984 pp.660 - 661

・妊婦の義務および責任

- ① 妊婦には、陣痛や分娩や産褥がどんなものであるかを、心身両方の面から、自分で学んでおく義務がある。この辺りの知識が十分であればあるほど、医療機関側が行おうとするケアに対して、自分たちの意志や希望を正しく反映させることができるし、意思決定に参加することにもなる。
- ② 妊婦には、妊娠中や分娩時にはどうすることがもっとも自分のためになるかを、自分で学ぶように努力する義務がある。
- ③ 産婦とその夫は、自分がかかろうとしている病院は、分娩や産褥に対してどういう方針をとっているかを、予め知っておく責任がある（入院してからむやみに反対してみても遅い）。
- ④ お産のときに（夫、母親、姉妹、友人などの）誰かに付き添ってほしいと思うならば、妊婦は、妊娠中からその人を決め、待機してもらう責任がある。
- ⑤ 妊婦は、分娩の際に誰か医師以外のものに介助してほしいと考えるならば、そのことを受け持ちの医師や病院側と予めよく話し合い、予め了解を得ておく責任がある。
- ⑥ 妊婦とその夫は、自分が選んだ医師や助産婦に、自分たちの話をよく聴いてほしいと思うならば、医師や助産婦の話もよく聴く義務がある。
- ⑦ 病院側の方針に一度賛成したら、妊婦とその夫は、できるだけその方針に従う義務がある。自分たちも、その方針の決定にタッチしたのであるから。
- ⑧ お産にはどれくらいの費用がかかるかを、予め知っておくのも、妊婦の一つの責任である。
- ⑨ 妊娠の途中で医師や病院を変更しようとする時には、予め十分な余裕期間をのこして、その旨とその理由を、医師や病院に早めに連絡する義務が妊婦にはある。
- ⑩ 妊婦とその夫は、自分が他の患者から差別されたくないならば、医師や看護婦などを、その地位や職種から差別してはならない。
- ⑪ 入院中に、自分および子供の退院後の継続的なケアについて学んでおくのも、産婦の一つの義務である。
- ⑫ 分娩がすんだら、産婦とその夫は、自分たちが受けたケアや病院側の処置についての印象などを書きとめておくべきである。そして、病院側に対する不満や感謝の気持ちを、率直に伝えるべきである。それによって、病院側のサービスは改善されたり、よりよい医療が確立されたりする可能性が開ける。

ただし、以上の話はすべて、正常の妊産褥婦についてのことである。なにか異常や合併症が発生した時には自分が選んだ医師や病院側の専門的な知識や技術を、さらにいっそう信用する必要がある。しかし、このさいといえども、妊婦とその夫は、種々の意思決定には参加すべきである。一般状態が悪くて自分でそれが不可能な時には、もちろん、誰かほかの人に、この責任を代行してもらう。

「妊婦の権利・義務」は、訴訟社会アメリカ合衆国で謳われたものである。インフォームド・コン

セント、カルテ閲覧、セカンドオピニオンへのアクセスなど、すべてを妊産婦（患者）の権利とし

たうえて、当事者が主体的に権利を行使しなかった場合や、権利を放棄するような状況をつくったときには、当事者に、厳しくその責任を問うている。

項目によっては、日本の状況とそぐわないものもあるだろう。医師・妊産婦（患者）関係において権利・義務関係をこのようにあからさまに文言化することは、日本社会では抵抗があるかもしれない。このような関係で当事者をしぼることは、双方の気持ちを殺伐とさせるだけで、医療全体としては得るところが少ないという意見もあるだろう。

確かに、得るところと失うところは秤にかけなければならない。しかし改めて、ここに列挙された諸々の権利・義務と、末尾に記された但し書きを眺めると、その基本に、「当事者間の信頼」がおかれていること、権利・義務の明示が結果として妊産婦と医療者の会話を促していること、目的はあくまで医師患者関係が円滑にゆくことであり、挙げられた権利・義務が両者の利益に叶う形で行使されることが目指されていること、が分かってくる。これは、日本社会に暮らす人々にも十分共有できる価値観であろう。

技術革新が進む社会では、個人の自由・権利・義務などの言葉を用いることによって、「不特定多数の利用者」として紛れてしまいがちの一人一人が、主体者として現われてくる。技術のための技術ではなく、権利のための権利でもない。技術も権利も、有効に使われなければ、本来の目的を果たせず、弊害をもたらすだけになる。権利は、コミュニケーションが保証されるために使われ、技術は、コミュニケーションの結果、納得づくで使われなければならない。

4章の1でも指摘したことがあるが、「いい医療サービス」「いい分娩管理」は決して決まったものが存在するのではなく、医療者と妊産婦のコミュニケーションを通してのみ定まってくる。医療者が「いい」と思う医療サービスであっても、「黙って」提供される限りにおいては、「思い込みの」医療サービスでしかない。互いに多様な価値を持つ医療者と患者が、これからお互いに少しでも価値観を共有しながら、心地よい出産の空間を作りあげていきたいと思えば、「思い込みの医療」から「納得づくの医療」へと、分娩管理が変容していかなければならないのである。

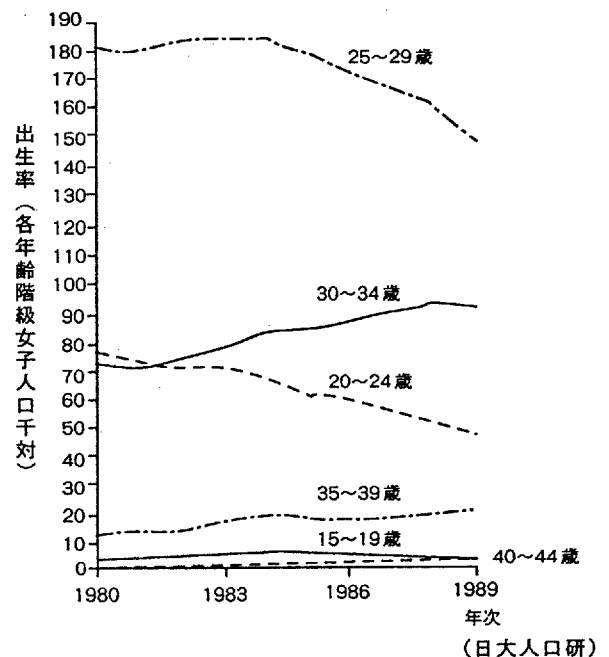
5 リプロダクションにおける選択・意思決定

言うまでもなく、リプロダクションに関わる意思決定は、人の性と生殖全般に関する意思決定であるから多岐に及ぶ。近年、リプロダクションと医療に関わる場面が増え、リプロダクションの意思決定＝技術の利用の選択という場面も増えている。従来、思い通りにはいかなかったリプロダクション、それが技術の利用によって、あたかも自分の意思で選べるかのような現状があり、リプロダクションを、「事実」ではなく、「個人の意思決定」の問題としてとらえる契機もうまれてきた。

本稿でリプロダクションの意思決定すべてを論ずることはできないので、出生前診断に関するいくつかの調査を取り上げながら、女性たちの「選択」の現状とその問題を考えていきたい。

まず、日大人口研「1980～89年における母の年齢階級別にみた出生率の推移」(図1)によれば、近年、20歳代の女性の出生率は下降の一途をたどっており、代わって30歳代の女性の出生率は上昇傾向にあることが分かる。また、厚生省人口動態統計「母の年齢別出生児数」(図2)からは、女性の初産年齢のピークが確実に上がっており、それに伴い、第二子の出生年齢のピークも上がっていることが分かってくる。

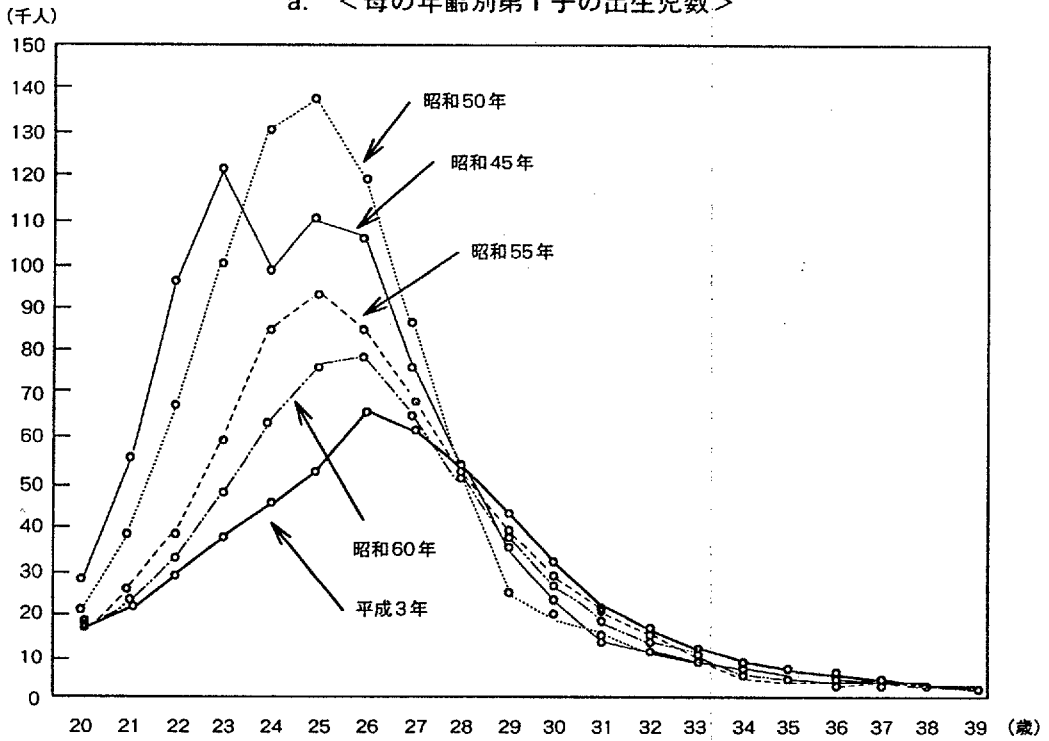
図1 1980～89年における母の年齢階級別にみた出生率の年次推移



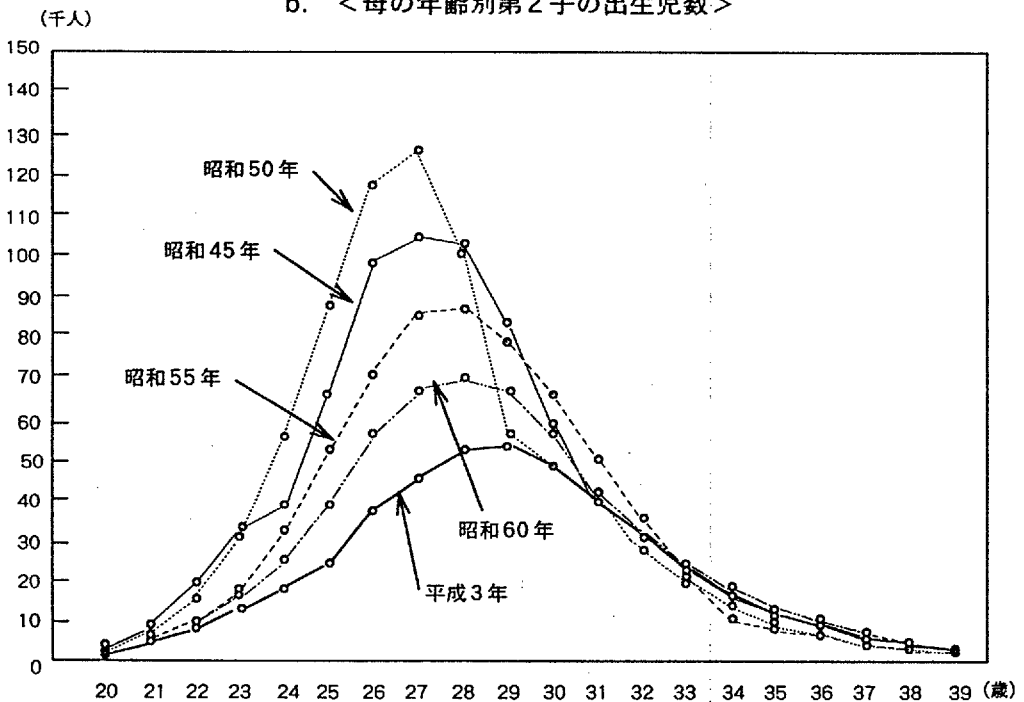
高木繁夫「生殖と生命倫理」
日本学術会議：泌尿生殖医学研究連絡委員会編
『生殖医療技術の進歩と生命倫理』1993

図2 母の年齢別出生児数

a. <母の年齢別第1子の出生児数>



b. <母の年齢別第2子の出生児数>



(備考) 厚生省「人口動態統計」より作成。

『(平成4年版) 国民生活白書』経済企画庁編

女性の出産年齢が、上がっているということは、出生前診断（なかでも羊水診断）の適応となる女性が増えていくということである（羊水診断の適

応については、3章の1・白井論文参照）。出生数が全体として減っている現在、「たとえ女性の出産年齢が高くなっても、出生前診断を受ける女性の数

は変わらないだろう」と考える人もいるかもしれない。しかし、鈴木氏の統計からも明らかなように、高齢妊娠を理由とする羊水診断の実施数は、80年代半ばから急増している(3章の1・白井論文・図1参照)。羊水診断を実施できる施設には限りがあり、その施設の実施件数の限界が、実際の実施件数となっている現状もあり、おそらく「需要」のすべてが満たされているわけではないだろう。今後、民間の臨床検査会社が全国規模で検査を受注するようになれば、検査を実施する設備・スタッフのいない病院も、検査を依頼しやすくなり、実施件数が伸びていくことは十分予想される。

いま筆者は、羊水診断の「需要」を括弧づきで示した。なぜなら、「羊水診断を受けたい」と思っている人たち全てを需要というのであれば、その人たちの受診希望理由が、より詳細に検討されるべし、その上で、羊水診断を始めとする出生前診断のプレゼンテーションが検討され、需要の質が、より見極められるべきであると考えからである。適応ごとの当事者の心情や意思決定の現状は、「需要」という言葉で一括りにしてしまうには、あまりに事前の分析が不足している。羊水診断が全国規模で普及する前に、今一度、当事者の視点から、出生前診断が検討される必要があるだろう。

現在、遺伝相談を担っている医師、また羊水診断を実施している医師たちは、決して、羊水診断を「奨める」ことはしていないという。いうまでもなく、出生前診断は、あとに続く選択の人工妊娠中絶の問題との関係で、重い倫理的問題を抱えている。出生前診断の説明・実施をする医師たちの多くは、そのことを承知しているゆえに、これまで慎重な態度で検査を実施してきた。しかし、今後、検査が広く普及し、一次的な説明にあたる医師が、必ずしも専門知識をもっていない可能性も生まれてくる。検査を紹介する医師、説明する医師、実施する医師(施設)が、それぞれ異なる場合も出てくるだろう。いわゆる「倫理学者」たちが、技術の是非を論じている間にも、検査に臨んでいく女性は、ますます混乱した現場に身を置くことになる。

ここで必要となってくるのは、いま「需要」と呼ばれている人たちにとっての、より適切な情報提供の検討であろう。技術の是非は、様々な視点から論じ続けられてよい。しかし、例え、技術の

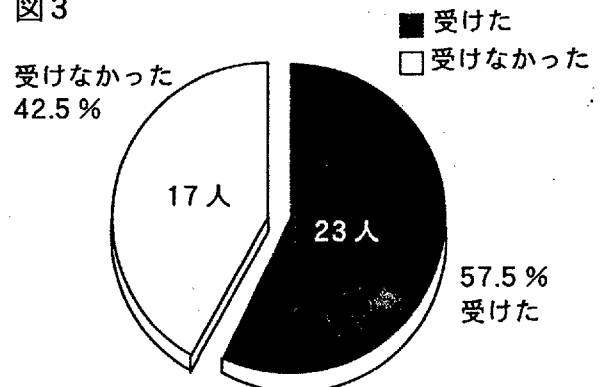
目的が倫理に適っているという結論に致ったとしても、技術の提供のされ方は、また別の問題として検討されなければならない。適切かつ誠実なインフォームドコンセントなしには、どのような技術も、患者の人権を損なうし、たとえ法的に問題にならないレベルであっても、患者の自尊心を傷つけ、当事者の心にいたみを残す。

とりわけ出生前診断のように、当事者の心身に大きなストレスとなり、そのとき決断が将来をも決してしまうような意思決定では、当事者が、様々な情報とアクセスすることを保障しなくては、意思決定を支えていることにはなり得ないだろう。

以下に、本研究の協力研究者である飯沼和三氏(他2名)の調査報告「ダウン症児に続く妊娠と出生前診断の選択に関する調査」東京母性衛生学会誌 Vol. 10 No.1 1994を紹介する。この調査によって、障害をもつ子どもとの生活を「知っている」女性(夫婦)たちの意思決定の一端が明らかになるが、それと同時に、「予測できないこと」「分からないこと」からくる不安の方が、分かることからくる不安よりも、出生前診断を選択する要因となり得ることも明らかにされている。

飯沼氏らの調査は、ダウン症児を出産した後、次子を妊娠、その妊娠後期あるいは出産後の女性に対し、出生前診断(羊水穿刺)を受けたか否かを対話形式でたずねたものである。対象は、ダウン症候群児童の療育指導のために外来に通院している女性40人で、その結果、羊水穿刺を「受けた」と答えた女性17名(57.5%)、「受けなかった」と答えた女性23名(42.5%)であった(図3)。

図3



ダウン症児を持つ母親が次の妊娠時に羊水穿刺を受ける頻度

(対象：ダウン症児を持つ母親40人)

従来から、医療関係者たちは、出生前診断を切実に必要とする層として、「第一子が、染色体異常だった人たち」を挙げていた。つまり、診断法の確立により、そのような女性たちが、第二子を躊躇して避妊したり、不安から中絶をしたりすることを回避させ、「安心な妊娠」を継続させることができる、というものである（詳しくは、斎藤有紀子

「日本の遺伝相談」生命倫理研究会・生殖技術研究チーム 1991 年度研究報告書『出生前診断を考える』所収参照）。白井泰子氏の 1978 年のアンケート調査でも、出生前診断に対して「賛成」とする人の比率は、「障害児の母親」91.1%と、他のどの属性の集団よりも高くなっており、当事者たちの「切実さ」を裏づけるものとなっていた（表 1）。

表 1 出生前診断に対する態度*

調査対象	実施期間	賛成	反対	保留
文科系女子大学生 (140)	1975	90.9%	0.7%	9.3%
看護系女子学生 (103)	1975	78.1	13.3	8.6
未婚女子会社員 (100)	1976	89.0	2.0	9.0
妊婦 (121)	1978	90.9	5.0	4.1
健常児の母親 (204)	1978	87.3	5.9	6.9
障害児の母親 (101)	1977~1978	91.1	2.0	6.9
体育学部男子大学生 (98)	1977	80.6	2.1	17.3
医学部男子大学生 (63)	1977~1978	84.1	6.3	9.5
未婚男子会社員 (71)	1977	90.3	2.8	6.9
既婚男子会社員 (79)	1979	82.3	6.3	11.4
僧侶 (139)	1986	66.9	7.9	25.2

*表 1 および表 2 は、筆者らがこれまで行ってきた調査（白井ら、1977；1978；1979 a・b；1980；1981；1985；1988）の結果に基づいて作表したものである。なお、各反応についてのパーセンテージの算出は、無回答者を除外して行った。

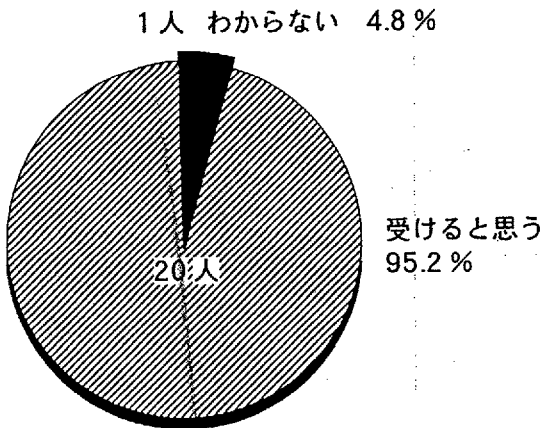
しかし、この飯沼氏らの調査結果である。飯沼氏の対象とした施設では、ダウン症児を出産した女性たちの 4 割強が、羊水検査の存在を知ってなお、それを受けないという意思決定をした。もちろん飯沼氏らが、羊水検査についてどのような情報提供したのかは、今後、客観的な検証がなされなければならないだろう。しかし、ダウン症児と実際に生活をし、通常の子育てと同じように、苦楽、喜怒哀楽を共にしてきた女性（両親）たちの 4 割が、羊水検査を選択しないこともあるという事実からは、先の白井氏の調査の結果も、単なる「切実さ」の裏づけにはならなくなってくる。つまり、障害児の母親の 91% あまりが、出生前診断に「賛成」という意味は、自分たちへの「選択肢として」、つまり「自分たちに選ばせてほしい」という意味

で賛同しているのであって、賛成イコール「利用希望の意思表示」ではないとも考えられるのである。

飯沼氏らは、同じ調査で、ダウン症児を産み育てていない妊婦 21 名に、「もし染色体異常の子どもを出産していたら、羊水穿刺を受けますか？」という質問もしている。結果は、「受けると思う」20 人（95.2%）、「受けないと思う」1 人（4.8%）であった（図 4）。

このことは、これから増え続けるであろう高齢妊娠の女性たち、そして、ダウン症の子どもたちの現実を知らずに妊娠する女性たちにとっては、羊水穿刺が、まだ選択肢になり得ずに、ただ「不安を回避する」意味において、「選ばれ」ていく可能性を示唆していよう。

図4



もし染色体異常を出産していたら
羊水穿刺を受けますか？

(対象：健常児を持つ妊婦21名)

飯沼氏らの調査によれば、ダウン症児を育てている女性たちが、次子妊娠時に羊水穿刺を受けなかった理由は多様である。「うちはキリスト教で、最初から胎児診断を受ける気持ちもなかった」というものから、「いつか受けようと思っているうちに時間が経ってしまい、多分二人続けて生まれてこないだろうと気楽に考えて、受けないこととなった」「ダウン症の子どもを育てているうちに、このようにかわいい子どもを中絶の対象として考えるのは罪悪であると考えようになった」「自分は受けたいと言葉にしたが、夫が頑固に反対したので、夫の意見に従った」「夫が、<どんな子どもでも生んでくれたら大事に受け入れて育てる>と、嬉しい言葉を言ってくれたので、生まれてくる子どもがダウン症ではないかという心配をするのをやめた」など。

女性たちは、決して、確固たる意思をもって意思決定しているわけではなく、ときに他人の言葉

に従う形で、ときに結論を先延ばしするうちに時機を逸して、羊水穿刺を受けないという「選択」に到っている。これは「主体的な自己決定ではない」と考える人がいるかもしれない、しかし筆者は、むしろこれが意思決定の通常のあるりようではないかと考える。

誰もが決して「熟慮の上で」意思決定しているわけではないだろう。大切なことは、事前の情報提供が十全であることであって、意思決定の態度（作法）ではない。十分に情報を得た上であれば、その後、どのような態度で意思決定するのかは、当事者の性格・気質の問題である。「正しい自己決定の態度」というものがあるはずもない。意思決定に必ずしも「熟慮」は必要ではない。それが「即断」でも「他人任せ」でも「決断先送りの結果」であっても、当事者が最後に「納得」を獲得していれば、つまり、当事者側に情報が十分に届いており、当事者がその意思決定のプロセスに「納得」していれば、それは、当事者の「意思決定」として考えられてもいいのではないだろうか。

繰り返すようだが、飯沼氏らの調査では、ダウン症児との生活を知っているいわゆる「切実な当事者」のうち、羊水穿刺を選択する人は6割弱であった。これは、医療関係者にとっては、予想外に低い数値かもしれない。白井泰子氏の次のような調査もある。重篤な障害をもつ胎児の生命権に対する態度として、「権利あり」とする人と、「権利なし」とする人の比率は、妊婦、健常児の母親、障害児の母親で有意な差が認められていないものの、同じ問いに対する医師たちの回答では、前三者と比較して、障害をもつ胎児の生命権に肯定的な回答が少なく、否定的な回答が多くなっている（表2）（白井氏の調査報告については、白井泰子「出生前診断をめぐる倫理的・社会的問題」セクシャルサイエンス Vol. 1 No.7 1992）。

表2 重篤な障害をもつ胎児の生命権に対する態度*

調査対象		権利あり	権利無し	保留
既婚女性	妊婦 (21)	25.7 %	35.5 %	38.8 %
	健常児の母親 (197)	29.9	41.6	28.4
	障害児の母親 (99)	27.3	36.4	36.4
	total	27.6	37.8	34.5
僧侶 (138)		42.0	20.3	37.7
医師	産婦人科医 (80)	7.5	45.0	47.5
	小児科医 (149)	18.8	44.3	36.9
	内科医 (176)	12.5	52.3	35.2
	total	12.9	47.2	39.9

白井泰子「出生前診断をめぐる倫理的・社会的問題」
セクシャルサイエンス Vol. 1 No.7 1992

このような医師たちの回答は、障害を持つ子どもを育てる親（女性）たちの心情を「慮って」出てきたものかもしれない。医療関係者の前には、日々、重篤な障害をもつ子どもたちが治療を求めて訪れているだろう。医師たちは両親から様々な相談も受けていることであろう。一般市民が想像する「重篤」と、医師が日々現実に診ている「重篤」の間にはイメージにギャップがあるのかもしれない。

しかし、ギャップがあるとすれば、そのイメージを埋めることなしに、ただ「障害」という言葉だけを双方が交わっていたのでは、出生前診断のインフォームドコンセントも行き違いになる。もしイメージにギャップがないとしても、当事者が納得して意思決定していくためには、医療者がもっている「医学的事実に関する情報」「医学的援助に関する情報」などが示され、さらに、医療以外の情報にアクセスする手段も、当事者に知らされていくのが望ましいだろう。

事実を受けとめた後、それをどう考えるかの価値観にまでは、誰も関与することはできない。しかし、当事者が自分の価値観と十分に照らし合わせるだけの情報を提示することが、そのような場面で情報提供を担う専門職の責務であろう。

「漠然とした不安」や「イメージ」「想像」だけでは、「意思決定」や「選択」にはつながりにくい。先の飯沼氏の調査でも、ダウン症児との生活をリアリティをもって考えられないであろう妊婦たちの95%が、検査を「受けると思う」と回答してい

る。もしも彼女たちが、本当にそのような立場（第一子がダウン症児）になったらどう行動するかは分からない。しかし、彼女たちの妊娠が30歳代後半で、ダウン症をはじめとする染色体異常児出産の可能性が20歳代の出産よりは高いことを示されたとしたら、95%という数値が果して変わっていくのだろうか。そこででの意思決定は、ダウン症児の生活が分からない中での意思決定には変わりがなく、「知らないことからくる不安」から羊水検査が選ばれていき、障害胎児の選択的中絶につながっていく可能性はあるだろう。

筆者は、以前、障害をもつ女性たち（出産経験者・非経験者も含む）に、出生前診断と選択的中絶に関する意見を聞き、報告書にまとめたことがある（詳しくは、斎藤有紀子「女性障害者の出産を支える」生命倫理研究会・前掲報告書所収）。障害をもつ女性たちは、出生前診断を、「障害をもつ者を排除していくことにつながる技術」として一様に反発をしていた。しかしその一方で、次のような発言も少なからず聞かれた。すなわち、「子どもが自分と同じ障害をもって生まれてきたら、障害のことも、その子の人生が必ずしも不幸でないことも分かる。でも、違う障害だと、分からないから、正直言って不安である」と。

いわゆる「障害」の当事者のようにみえる障害者たちも、少し話を聞いただけで、その障害も、障害の程度も、障害に対する考え方も異なっており、知らない障害に対して不安を持っているということが分かってくる。彼女たちも、自分の知らない

障害の可能性を示された時、出生前診断技術を前にして、一般の女性と同じように、迷い、悩んでいくのである。

つまり、障害をもつ人も多様、障害をもたない人も多様、医療者も多様なのである。話し合いなしに、あうんの呼吸で方針が決まってしまうわけではない。これから、女性と妊産婦の意思決定を真摯に支えていこうとするなら、白井氏も指摘するように、出生前診断の事前・事後の情報提供をになう「チーム・カウンセリングの充実」に力を注いでゆかなければ、羊水診断の普及は、障害をもつ胎児の選択的中絶の増加を促すだけ（白井泰子前掲論文）になる。「予測できないこと」「分からないこと」からくる不安のなかでは、当事者はなにも「選択」できず、不安の「回避」だけをしてしまうだろうからである。

以上、出生前診断時の意思決定を例に、多様な価値観をもつ当事者の、よりきめ細かい情報提供・カウンセリングの重要性を指摘した。もちろんこれは、出生前診断の場面に限らない。不妊治療とそれに伴う多胎妊娠そして減数手術の場合にも、障害児をもった胎児への医療行為の際にも、そして日常的な産科医療の場においても、医療者・妊産婦（患者）双方に共通の了解事項として認識される必要がある。

人は「意思決定の権利」だけを渡されても、それだけで自由になれるわけではない。権利によっては、援けとなる情報を提供されることが不可欠で、しかもそれは、その場だけに有効なものではなく、将来の見通しがつく形での情報開示・情報提供でなければ、意思決定の権利の行使先が、おのずと狭い範囲（不安回避の方向）に限られてしまうことになる。

例えば、リプロダクションと意思決定の問題として、「産む・産まないは女が決める」というスローガンが、女性側の主張としてよく取り上げられてきた。欧米諸国の中には妊娠のごく初期の期間に、女性の自由意志のみで中絶を認めていく国も存在するが、日本では、それは制度的に保障されていない。しかし、たとえ人工妊娠中絶が「女性の自由意志（権利）」の下に行われ得る社会であっても、いずれにしても、産む・産まないの意思決定は、女性にとって、単なる選択になり得ないだろう。

産む・産まないのどちらを選択しても、女性に

どっては、自分の身体・精神・人生の長きに関わる大きな意思決定となる。このような選択は、選択できないよりはいい、つまり、第三者にどちらかを強制されることよりはいい、といえるに過ぎず、当事者のゆとりある自由な意思決定を保障してはいない。

産むか・産まないか、が二つにひとつの選択であることは変えようもない。しかし、その後続く、生活に関する情報、つまり、「もし産むとしたら…」「もし産まないとしたら…」、どのような方法があり、どのような保証があり、どのような生活が待っているのか、ということは、当事者にとって有力な判断材料となり得るだろう。将来の青写真が漠然とでも描けるか描けないかは、判断時の心理的なゆとりや、不安の程度にも少なからず影響を与えると思われる。

先端生殖医療技術、人工授精・体外授精などのいわゆるアシステッド・リプロダクティブ・テクノロジー（ART）、胎児診断、受精診断技術は、くしくも、これまで日本社会が曖昧に存在させていた「産むか産まないかの意思決定」について、社会的・倫理的な問い直しを提起した。これを機に、リプロダクションにおける意思決定を支えるための望ましい情報提供と制度のあり方について、様々な調査が重ねられ、当事者の主体的な「選択」が支えられていくことを願っている。

6 個人のリプロダクションと第三者の人権

これまで、リプロダクションにおける意思決定が、あくまで個人の自由と主体性を損なわずに、その選択を保証される形で成されるべきことを述べてきた。ここで本稿で十分論じきれなかった重要な点を指摘して、結びつなげたい。

すなわち、新しい生殖技術が、様々なことを可能にし、人（とりわけ女性）が様々な形でリプロダクションの過程に関わることができるようになった現在、忘れてはならないのは、きわめて個人的なリプロダクションの問題が、同時に、他人の身体にまで及ぶ可能性が現われ、それらを人権問題としてとらえる必要が生まれている点であろう。

第三者の人権に関わるもっとも分かりやすい例は「代理母」であろう。品川信良氏（弘前大学医学部名誉教授・産婦人科医師）は、「代理母は、簡単に容認されるべきものではない」との立場から、

私見として次のような理由を述べている。

- ① 遺伝上の母親、胎内で胎児を養う母親、生後育てる母親の三者、特に前二者は、原則として同一人物であるべきである。
- ② 受精、着床、妊娠、分娩、授乳、育児などに対する人工的な干渉は、できるだけ加えられるべきではない。特に前二者に対して。
- ③ 子どもは、遺伝上の母親のものか、胎内で胎児を養う母親のものか、それとも生後育てる母親のものかが、実は意外に、はっきりしていない。
- ④ 「代理母」は、胎内で胎児を養う母にとって、普通の妊娠以上に、色々の危険や負担を伴う。
- ⑤ 「代理母」は売買や営利の対象になりやすい。
- ⑥ お腹を貸した女性の、胎児や新生児に対する愛情を、決して軽視はできない。いや、積極的に尊重されるべきものなのかもしれない。
- ⑦ 「代理母」までも認めると、人類の生殖に対する干渉は、ますますエスカレートする危険があり、このあと何が行われるようになるか分からない。

品川氏は、また、「もともと妊娠や分娩には、胎児側にだけでなく、母体側にも様々な異常が起こりやすく、このため、母体の死亡(率)や罹病(率)は、平均寿命やGNPなどととともに、ある地域の『衛生状態』や『民度』などの指標の一つとして、世界保健機構などによっても、きわめて重視されているほどである」という事実を挙げ、「(絶対許されないといいい切れないものの)極めて純粋な動機から以外の場合は、代理母は認められるべきではない」という立場に近いことを表明している(法学教室 No.150 1993)。

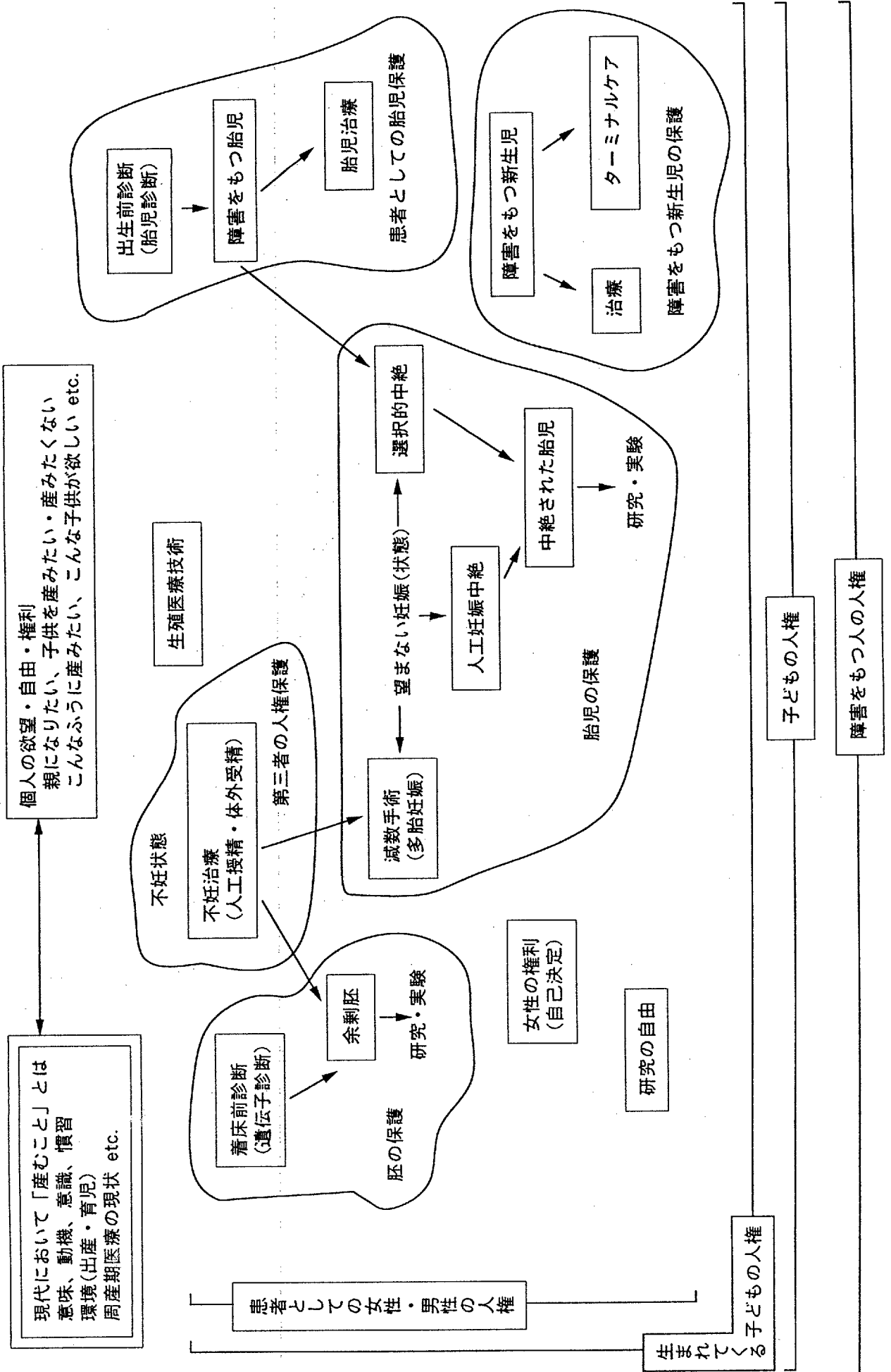
もちろん、社会の中には、「当事者の合意があ

り、だれの人権も損なわないケースであれば、できるだけ許されていいのではないか」という意見もあろう。筆者は、「少なくとも第三者の人権侵害の恐れがある場合は、その技術は、全体として抑制的に用いられてもやむを得ない」との私見を持っているが、法学者たちも、「産む(妊娠・分娩する)」という行為を、「契約」としてどのように評価するのか、また、果たして「契約」になじむものなのか、まだ十分に議論を尽くしていない現在、よりきめ細かい、人権に対する検討が必要だと考えている。

これから「代理母」に限らず、産む・産まないが、きれいに二分されず、リプロダクションにおける5W1Hが、詳細に検討されなければ、ことを論じられないケースが増えてこよう。「産みたい妊婦」「産めない妊婦」に始まって、「産めないゆえの中絶」「産みたいゆえの減数手術」そして、「産めない人にとっての妊娠」「育てたくない妊娠(代理母)」「育てたい不妊」など…あらゆる立場の人たちが、希望しさえすれば、「医療」と関わりながら自らのリプロダクションを設計することも可能な時代が訪れる。本来プライベートな空間のできごとであるリプロダクションが、第三者の生殖細胞や、医療という社会制度を介して実現されていくのである。

本稿では残念ながら、具体的な検討をすることができなかったが、リプロダクションの多様なニーズを支えようとする医療が、必ずしもそこにはいない第三者の人権も含めて、当事者たちに行き届いた情報提供をしていく手がかりとして、「先端生殖医療と人権」に関する試図を示す。この図が、問題を「整理するために」ではなく、問題を読み始める手がかりを見つけ出すために用いられることを願っている。

「先端生殖医療と人権」試図



結びにかえて：納得の上での選択のために

繰り返すことになるが、リプロダクション（性や生殖）に関わる意思決定は、きわめて個人的なものである。それぞれの意思決定に託されている各人の思いは、他人から計り知ることはできないが、例えそれが分かったとしても、第三者の人権に関わらない限り、それは善し悪しの問題としてではなく、個人の価値観の問題として考えられなければならない。

一方、意思決定には、個人の意思が強く反映するだけでなく、目に見えない様々な要因も反映してくる。ひとは、意思的に行動しているようにみえて、暮している社会・文化・環境から無意識のうちに影響を受けてもいよう。ひとの行為の原因を厳密にたどることなど、おそらく不可能に近いことである。

このことをふまえてリプロダクションの意思決定を考えると、筆者は、リプロダクションにおける情報提供、選択、意思決定の一つの規準が、「納得」であって、「満足」ではないと確認して稿を閉じたい。

人は、さまざまな欲求を持ち、それが叶うことを願う。例えば妊娠・出産だけをとっても、科学技術は、日々いろいろなことを可能にし、子どもを生むのか・生まないのか、生みたいのか、生みたくないのか、また、生むとしても、いつ・どのように生むのかなどあたかも、意思さえもてば、そして、医療の援けさえ借りれば、「選択」が可能になるかのように、次々と成果を公表する。人は、さまざまな事情・心情を抱えながら、「意思決定」をし、医療と関わるリプロダクションを「選んで」いく。

その背景にいくら社会的・文化的な事情があろうとも、いったん「意思決定」「選択」がなされると、それはあくまで、「意思的」なものにとらえられ当事者が、責任を負うことになる。その意思決定の内容に、当事者は、必ずしも「満足」していないかもしれない。その意思決定が導き出した結果にも、当事者は必ずしも「満足」していないかもしれない。それでも、その決定は、その人の人生の一つの選択として、長きにわたって、その人の心と身体に影響を及ぼす。例え、社会的・文化的に複雑な要因が絡んだ意思決定があっても、例え「不満足な」結果に至っていても、それを理由に、すでに身体に起こってしまったことを変えた

り、否定したりすることは難しい。ひとは、どのようなものであれ、意思決定の結果を一身に引き受けなければならないのである。

ここで必要となってくるのは「満足」ではなく「納得」であろう。

リプロダクションに関する意思決定は、その場限りのものというより、その人の人生・生き方に関わる決定となる場合が多い。何かを「選択」したつもりでも、必ずしも思い通りにはならないし、どんなに周到に情報収集しても、思いがけないことは起こりえる。思い通りの結果にならなくても、また、思いがけないことが起こっても、意思決定の時点で当事者が「納得づく」であったなら、当事者が、やり場のない悔いを残すことは少ないだろう。

「納得」は、必ずしも、その人の欲望を充足させたり、満足させたりすることにはつながらない。その「納得」は、その人にとって、次善の選択だったかもしれないし、何かを諦めての決定だったかもしれない、理解に基づいての決断だったかもしれないし、諸条件を検討した上での妥協だったかもしれない、もしかすると、だれかの助言に従って出された結論だったかもしれない。

しかし、意思決定の過程で、誠実な情報提供がなされ、それに基づく信頼関係の上での意思決定がなされていけば、不確定要素を抱えながらの意思決定・その後の人生・心身に深く影響するような事柄の意思決定を、「納得づく」でしていくことは可能であろう。

意思決定の結果を一身に（まさしく）負っていくものとして、人が一つ一つの選択を、自分のものとして受け入れるためには、納得の行く「意思決定の過程を経験する」ことが、一つのささえになるのである。

結果に対する落胆、すなわち、望んだことが「できなかった」「叶わなかった」ことに対する落胆もつらいが、「知らなかった」「知らされなかった」「こんなはずではなかった」と思わなければならないこともつらい。後者の場合は、結果も伴っていないことが多いであろうから、尚更である。

ことを、一つの価値観から論じきれないリプロダクションと、そこでの意思決定。それをささえしていく医療関係者に求められることは、決定の過程を保証し、納得のいく決定を援けることであろう。さまざまなニーズを抱えて医療機関を訪れる

人たちの、あらゆる欲求を満足させることはできない。「多様な価値観を保証する」ことは、結果を保証することではなく、過程を保証することであろう。そして、過程を保証する医療とは、真摯な情報開示と選択の機会を保証する医療、決して押しつけのない医療、「黙って」技術を提供することのない医療、であろう。

医療者と患者は対等である。患者には「患者の権利」があり、人権がある。それは確かなことである。しかし、人が医療と関わろうとするとき、そして患者の立場に身をおいているとき、やはりその人は、なにか苦しんでいるのであり、外から

の援けを求めている。そのようなときの意思決定であるからこそ、当事者が納得して自己決定をしていけるよう、周囲の積極的な働きかけが不可欠なのである。

これからリプロダクションをささえる医療が、当事者に、悔いなき意思決定のプロセスを保障することを願いつつ稿を閉じたい。

※本報告にあたりましては、資料をご提供いただいた皆さまをはじめ、多くの方々のご助言、ご協力をいただきました。ここに謹んでお礼申し上げます。



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



はじめに

ひとが生命を育むいとなみ...自らの生を生き、さらに他の人々の生命と関わりながら、ともに生きていくこと...は、おそらくあらゆる社会で、大切なこととして考えられているだろう。そしてまた、リプロダクションをめぐる社会と文化のシステムも、人々のそのような意識とともに、そこで暮らしている人たちが、ほとんど意識できないくらい、大きく静かに人々を包み込んでいる。

本報告の他の論稿より、リプロダクションを取り巻く文化的しくみが明らかにされ、また、技術革新が生み出した新しい社会心理的葛藤が、少なからず明らかにされてきた。

本稿では、リプロダクションにおける個人の意思決定が、どのような意味をもつのか、その可能性と限界を考えていきたい。