

3-3. 胎児治療の倫理的諸問題

岡井 崇*

産婦人科領域における診断学の急速な進歩は多くの先天疾患の胎児期における診断を可能とした。このことによって出産時期や出産方法の適切な選択ができる様になり、更に出生後の治療を早期にまた計画的に実行でき、一部の疾患では児の予後の改善が認められている。しかし、疾患によっては、胎児の発達・成熟の過程そのものが障害されるため、出生後の治療では救命困難な状況がしばしば経験される。先天性横隔膜ヘルニアはその代表的な例で、本疾患では、横隔膜の欠損部を通して腹腔内臓器が胸腔内に陥入するため、消化管などにより肺が圧排され、その発達が障害される。重症例では出産後の新生児の肺は著しい低形成に陥り、そのための換気障害により児は死亡する。このような例では胎児期に何らかの治療的処置を加え、出産までの間に肺を十分に発達させておくことが唯一の救命の道である。以上の視点から、San Franciscoのグループは、横隔膜ヘルニアの修復を胎児期に試み、その成功例も報告している。

この例の様に胎児に手術的処置を施すこと自体は純粋な医療行為ではあるが、出生前に胎児に治療を加えること、すなわち胎児治療は広い範囲の疾患に応用される可能性があり、それが一般の社会に受け入れられるためには、医学的視点からのみならず、社会的、法律的また広い意味での倫理的側面についても議論を深めてお

く必要がある。本稿では、胎児治療の倫理的側面について、問題点を整理してみたい。

胎児治療が倫理的な議論を呼ぶ主な理由は次の3点にあると思われる。すなわち、1) 治療行為は母体を介して行われ、母親が胎児のために何らかの侵襲とリスクを負わなければならない。2) 胎児の人権に関するコンセンサスが社会的に確立されていない。医師側の認識と患者側の認識に隔たりのある場合も少なくない。3) 胎児治療は新しい医療であるため、この行為の遂行は現時点では未だ試行的、研究的要素を含んでいる(表1)。

1) に関しては、母体の受ける侵襲とリスクに対してその治療の効果が確かに大きいものであれば、母親にも一般社会にも受け入れられ易い。現在一般的に普及している帝王切開も広い意味では胎児治療として行われている場合が多く、この場合、母体のリスクは限られており、

表1 胎児治療に関する倫理的問題

1) 母体を介して医療行為を行う
母体への侵襲 母体のリスク } ⇔治療の効果
2) 胎児のpersonhoodの認知が不十分
医師側の認識⇔患者側の認識 胎児の権利⇔親の拒否
3) Experimentalな側面を有する
innovative treatment⇔research 医師のoverenthusiasm⇔実際の治療効果

*東京大学医学部産婦人科

その治療効果もほぼ確立されている。正しい適応と要約を満たした帝王切開が受け入れられる様に、母体の負担やリスクが限定され、胎児に対する治療効果が確かなものとなれば、その治療はむしろ望まれる様になるであろう。

2)の胎児の人権に関しては、未だ十分な議論が行われていない。胎児の人権に関する認識が医師と児の両親の間で異なることはしばしば経験される。胎児に重症の疾患が発見されたとき、「分娩は自然に任せ、例え胎児仮死となっても帝王切開等を行わず、出産後にはできる限り最善の治療を施して欲しい」と希望する両親が多い。この事は、児の両親が無意識の内に胎児と新生児の人権に差別感を持っていることを端的に表している。医師側の論理では、「分娩時に適切な処置を行わず児が仮死状態で生まれた場合には、出生後の治療はより困難となり、もし何らかの後遺症が残る疾患であればその後遺症は一段と重篤になる可能性があるので、胎児期から分娩時を通して最適の処置を施すべきである」と考える。胎児期からその成長と健康を見守り、引き継ぎ出産した新生児の保育に携わる我々産科医師と、出産した児を我が腕に抱き、乳を与え、日増しにその児への愛情を深めていく一般の母親とが胎児の人権に対する感覚を異にするのは当然であろう。また一般社会において、胎児はまだ神秘的な存在であり、それに対して人為的な操作を加えることは新生児に手術を行うことと同質の医療行為と捉えられない傾向が強い。科学の進歩の行き過ぎに対する漠然とした不安が胎児の疾患に対して治療行為を行うという医学の進歩をも受け入れ難くしている一面もあろう。

更に、胎児の人権の問題は人工妊娠中絶の是

非をめぐる議論や、胎児の治療を受ける権利と母親の治療を拒否する権利との対立などの問題にも波及する事項で、医師のみではなく、生物学者、社会学者、倫理学者や法律家など多くの領域の人々を加えた幅広い議論が必要となる。

3)の事項は胎児治療に限られた問題ではなく、新しい治療法や医療行為を臨床に導入する時に必ず生じる問題である。ここで大切なことは治療を行う医師がその治療法が有用性と安全性などの確認がなされた革新的な治療法なのか、それともその確認がなされていない試行段階のものなのかを正しく認識し、また正確に患者(胎児の両親)に伝えることである。この点が不明瞭なまま、治療行為が行われた場合は、後に紛糾の禍根を残すことになり、成功が得られなかった時はそれが社会的批判を浴びる元凶となる。また新しい治療法の開発者は、その治療に情熱を傾けるあまりに、治療効果の判定に冷静さを欠く場合もある。医療従事者の厳格な意識が要求される事項である。

表2に1989年にJasperで行われた新しい胎児治療における倫理問題に関するシンポジウムでまとめられた見解を示す。ここでは、「大多数の先天異常は出生後に治療する方が良いこと、従って最も重要な事は、胎児治療が真に有益となる疾患のみを選択する事であり、その可能性が十分に高い場合のみ胎児治療が許される」と主張されている。胎児治療の適応としては以下の事を挙げている。①先天性水頭症を除く単胎、②他に合併奇形のないこと、③家族には有益性とリスクについて十分な説明を行うこと、④治療を実施することと長期間のフォローアップの同意を得ること、⑤多領域(産科医、遺伝学者、超音波診断専門医、小児外科医、新生児専門医)

表2 Guidelines for Ethical Problems in Innovative Fetal Therapy

- A. Although many fetal abnormalities can be detected, most defects are best treated after birth.
- B. The most difficult medical-ethical problem is to select only fetuses that can benefit from treatment. Intervention can be ethically justified only if there is a reasonable probability of benefit.
- C. Criteria for selection of cases for treatment:
 1. Singleton fetus (except congenital hydronephrosis)
 2. No concomitant anomalies using level II sonography and amniocentesis for karyotype, AFP levels, and viral cultures
 3. Family fully counseled about the risks and benefits
 4. Consent to treatment and long-term follow-up
 5. A multidisciplinary team (prenatal obstetrician, geneticist, ultrasonographer, pediatric surgeon, and neonatologist) should concur on the plan for treatment and obtain the approval of a duly constituted institutional review board (IRB)
 6. Access to a level III high-risk obstetrical unit and neonatal intensive care unit
 7. Access to bioethical and psychosocial consultation

(J.C. Fletcher, 1989)

が協力して治療計画を作製し、施設の倫理委員会の許可を得ること、⑥高レベルの産科施設とNICUが利用できること、⑦倫理的、精神的な相談に関するサポートができること。

以上の事から、我が国に於いても胎児治療を行うには、産科部門、新生児部門、新生児外科部門が相応の施設と診療レベルを有していることが必要と思われる。また症例毎に胎児治療の適応の是非を慎重に判断しなければならず、そのためにはこれまでの胎児診断・治療の実績も要求される。その様な観点から、今後は実施施設の指定等を検討してゆく必要も生じるであろう。

我が国に於いて、“医の倫理の問題”として取り上げられ、社会的批判を浴びた医療行為は、多くのケースで患者とのコミュニケーションの欠如が関与している。その意味からも、今後胎児治療が我が国で社会的(倫理的側面も含めて)に認知されるためには、胎児の意志を代弁すべき両親とのコミュニケーションが重要となる。胎児の人権に関する議論が不十分な現状と、早期には人工妊娠中絶が認められていることを考

表3 胎児治療実施にあたっての留意事項

- 両親・家族の意志を尊重する
- 両親に伝えるべき事項
 - 1) 治療を加えない場合の児の予後
(自然経過, 出生後の治療成績)
 - 2) 治療の効果
(確実性, 重要性, 持続性, 長期予後)
 - 3) 治療のリスク
(母体のリスク, 児のリスク)
 - 4) 両親の負担
(短期的負担, 長期的負担)
- 意志決定までに時間的余裕を与える
- 多面的・長期的支援体制を確立する
(精神的支援, 経済的支援, 出生後のケア)

えると、治療の実施にあたっては両親の意志を最大限に尊重すべきであり、治療の効果やリスク等についてできるだけ正確にまた詳細に説明しなければならない(表3)。

現実に治療を必要とする胎児が存在し、それを希望する両親が居ることは事実で、まずは、この様な形で社会的認知を得、医療として実践してゆくことが必要である。それによって、真の医学上の問題点も明瞭となり、胎児治療に関わる倫理的諸問題もより高い水準の議論が可能になると思われる。



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



産婦人科領域における診断学の急速な進歩は多くの先天疾患の胎児期における診断を可能とした。このことによって出産時期や出産方法の適切な選択ができる様になり,更に出生後の治療を早期にまた計画的に実行でき,一部の疾患では児の予後の改善が認められている。しかし,疾患によっては,胎児の発達・成熟の過程そのものが障害されるため,出生後の治療では救命困難な状況がしばしば経験される。先天性横隔膜ヘルニアはその代表的な例で,本疾患では,横隔膜の欠損部を通して腹腔内臓器が胸腔内に陥入するため,消化管などにより肺が圧排され,その発達が障害される。重症例では出産後の新生児の肺は著しい低形成に陥り,そのための換気障害により児は死亡する。この様な例では胎児期に何らかの治療的処置を加え,出産までの間に肺を十分に発達させておくことが唯一の救命の道である。以上の視点から, San Francisco のグループは,横隔膜ヘルニアの修復を胎児期に試み,その成功例も報告している。