

いのちの選別はなぜ避けるべきなのか？

——出生前診断をめぐる日本の経験から

島菌進

### 一 出生前診断とエンハンスメント (enhancement)

通常の日常生活を送るのに困難を感じるような疾病からの回復という目標を超えて、人間の諸能力を通常の水準を超えて高めるための医療を「エンハンスメント (enhancement)」という。生命科学や先端医療技術の発展によってエンハンスメントの可能性が急速に拡大しており、エンハンスメント(能力増強、増進的介入)の是非が活発に論じられるようになってきた。アメリカのブッシュ大統領の生命倫理評議会がまとめた『治療を超えて』(Beyond Therapy)は原著が二〇〇三年、日本語訳が二〇〇六年に刊行されている。この書物は、エンハンスメントを国家として、ひいては人類社会として取り組むべき重大な問題として取り上げたという点で、歴史的な意義をもっている。こうした状況の展開を踏まえ、これまでも論じられてきた特定の生命倫理問題をエンハンスメントという観点から捉え直すことで、現代医療と人間の死生の関わりについての問いを深めていくこ

とができるだろう。

この論文では、エンハンスメントの一つの形態として、産み分けのための出生前診断について、すなわち産まないことの選択を前提として行われる広い意味での出生前診断について考察する。広い意味というのは、受精後誕生以前の胚や胎児を産まないという目的のために診断することの是非の問題、また、新しい優生思想や選択的中絶をめぐる問題全体を視野に入れるということである。産まない子どもを見つけてだして排除するということをスクリーニングとよぶとすれば、これはスクリーニングの問題ともいえる。エンハンスメントをめぐる議論の中で、広い意味での出生前診断、あるいはスクリーニングはそれほど大きな位置を占めていないかもしれない。しかし、私はエンハンスメント問題を考える際、この問題を取り上げるのは大きな意義があると考ええる。それには二つの理由がある。

まず第一に、この問題はエンハンスメントに関わる生命科学技術（バイオテクノロジー）の中で、すでに実施がかなり進んでいる分野であり、その是非をめぐる議論もある程度積み重ねられてきているということがあり、つまり、すでに一定の歴史を経てきており、その経験を参考にしながら倫理的な問題の議論ができるので、理屈だけの抽象的な議論にならずにすむという利点があるということである。

着床前診断は比較的新しい技術だが、胎児に対する出生前診断（狭い意味での出生前診断）はずでに一九六〇年代から行われており、先進諸国ではかなり普及している。また、スクリーニングをめぐる生命倫理問題は、二〇世紀において多くの国で行われた優生学的な政策や医療の問題と密接にからみあっている。遺伝学的な知識に基づき、好ましくない子どもを産まない、あるいは産ませないために医療が行われるという事態は、一九二〇年代以来の歴史がある。現代の出生前診断による産み分けとかつての優生学的な措置とは大きな違いがあるのは当然だが、そこに連続性があるのも確かである。優生学的な判断に基づく結婚の制限や断種

措置は、エンハンスメントの先駆的な形態の一つと見ることができるといえる。

出生前診断が人工妊娠中絶と密接に関連していることも、この問題が興味深い考察素材である理由の一つである。人工妊娠中絶は安楽死とともに、「病気の治療」という医療の基本的目標からはずれるが、医療が関わらざるをえない行為としてその是非が長く論じられてきている問題である。「エンハンスメント」という言葉にはあてはまらないかもしれないが、「治療を超えて」という言葉は妊娠中絶にびつたりあてはまる。現代の生命倫理問題の中でもとくに重い問題である中絶の是非の問題に関わりながら、考察を進めることができるということも、出生前診断の問題を取り上げることの利点の一つに数えられるだろう。

第二に、この問題について、日本では特徴ある経過をたどっているということがある。日本ではまだ、体外受精の受精卵に対する着床前診断が公的には認められていない。二〇〇四年に男女の産み分けのために実施された例が報告されたが、それについては多くの批判がある。日本産科婦人科学会はこれを認めない方針をとっており、実施した医師は学会のメンバーを除名された。また、同じく二〇〇四年、日本産科婦人科学会は重症のデュシェンヌ型の筋ジストロフィーの因子をもつ親の受精卵に対して着床前診断を実施することを認めたが、これが障害を避けるための着床前診断の日本における最初の実施例となる。他方、やや軽いタイプの筋ジストロフィーの因子をもつ親の受精卵に対する実施も同時期に申請されたが、これは認められなかった。

妊娠後一〇数週間を経て行われる出生前診断については、一九六八年から実施されているが、普及率は低い。とりわけ母体血清マーカー検査によるマス・スクリーニングは日本では行われていない。これは一九九六年に妊娠中絶を容認するための優生保護法（一九四七年施行）が改正されて母体保護法となり、優生学的な理由による出生防止措置を認める規定が法律から取り除かれたことと関わりがある。つまり、日本では一九九〇年代に「治療を超えた」例外的医療行為である人工妊娠中絶の中から、「エンハンスメント」的な動機による正当

化が排除されたのである。

これに続き、一九九九年には厚生省が出生前診断に関する専門委員会の答申を受けて「母体血清マーカー検査に関する見解」を傳達したが、そこでは、「医師が妊婦に対して、本検査の情報を積極的に知らせる必要はない。また、医師は本検査を勧めるべきではなく、企業等が本検査を勧める文書などを作成・配布することは望ましくない」と記されることとなった。マス・スクリーニングは好ましくないという考えに基づく文書である。

このような経過を反映して、日本では出生前診断の実施はあまり進んでいない。一九九六年当時のダウン症の胎児の状況について、この分野を専門とする産婦人科医である佐藤孝道は、日本では選択的中絶を受ける者が障害をもって生まれるはずの胎児の一〇％に満たないのに対して、フランスやイギリスでは五〇％に近いという。また、母体血清マーカー検査を受けた者の数は、アメリカでは日本の一六七倍にあたり、イギリス、フランス、ドイツでは日本の一〇倍にあたりと記している（佐藤 一九九九、五三ページ）。佐藤の推測では、二〇〇四年の時点ではこの状況はあまり変わっていないという（面談による）。一九九九年以後、日本では選択的中絶が増えてくる徴候はない。

日本では着床前診断についてあまり積極的に進められていないのも、このことと密接な関わりがあるだろう。というのは、着床前診断が妥当である理由として、出生前診断に基づいて選択的中絶が行われる場合、母親には多くの心理的・身体的負担がかかるが、着床前診断を行えばそれが回避できるからだと言じられることが多い。しかし、そもそも出生前診断がそれほど多くはなく、少なくとも建前としては選択的中絶は行われておらず、本音がそうである場合もそれほど数が多くないとすれば、この理由は説得力が弱まるからである。

スクリーニングをめぐるこのような状況は、アメリカ合衆国やイギリスやフランスとひじょうに異なる。で

はどうしてこのような相違が生じたのだろうか。この問題を考えていくことによって、「治療を超えた」医療の是非について、また「エンハンスメント」の是非について考える有力な手がかりが得られるかもしれない。私は宗教学の研究者であり、世界のさまざまな宗教文化の相違に強い関心をもっている。生命倫理についても抽象的に理論的レベルで考えるより、宗教文化や歴史的経験との関連から多様な考え方の由来について考察することが有益だと考えてきた。このような私の経歴からしても、出生前診断について日本と欧米諸国の違いについて考察することに大きな意義があると考えている。

## 二 出生前診断への批判

一九九〇年代に日本では多くの論者が、出生前診断の是非について活発な議論を積み重ねてきた。それら多くは女性の自己決定 (autonomy) による人工妊娠中絶の許容と、スクリーニングに慎重であるべきことをとにも根拠づけようとする立場に立つものであり、広い範囲の人々がこの論陣に加わった。以下にこの分野で力をもつたいくつかの重要な書物をあげておこう (参考文献「1」)。

これらの書物の実際的な意図としては、現実に行進する優生保護法から母体保護法への転換の動きを横目にしながら、出生前診断の拡充、とりわけマス・スクリーニングの導入の動きに批判の声をあげようとしたものである。しかし、その議論を通して、生命倫理の奥深い問題にも問いを投げかけようとするものが多かった。もちろん論点は論者によって異なるところがあるが、中絶を容認するとともに出生前診断への慎重論を説くという点では共通の立場にある。また、後者が障害者の差別への批判という動機をもっている点でもあい通じている。

ここでは、それらの中でもっとも密度の濃い議論を展開している佐藤孝道の『出生前診断——いのちの品質管理への警鐘』を中心に、この立場の論点を紹介していこう。それによって、現代の日本人の中で「新しい優生学」に対して、また、エンハンスメントに対してどのような立場からの批判が共感をよんでいるかを明らかにしていきたい。

佐藤は産婦人科医であるが、この書物では出生前診断を主題としながら、自己決定の理念や生命倫理に対する踏み込んだ考察も行っている。その叙述は出生前診断を批判的に論じたさまざまな立場の日本人の論点を凝縮して示しているとともに、多くの読者に影響を与えたと思われる。出生前診断の是非に対する佐藤の立場は、この書物の以下の一節に要約されている。

著者は個人個人が熟慮して受ける出生前診断や選択的中絶に反対はしない。個人が受ける出生前診断や選択的中絶は、妊娠・出産に関する自己決定に包含される問題だからである。また、個人個人が受ける出生前診断は優生学とは関係しない。優生学というのは社会的「運動」であるからだ。しかし、個人個人が選択したとしても、第三者である社会や企業がそれを宣伝・推進したり、半ば強制することは優生学になる。大多数がそろって選択したとしても同じだ。(四八ページ)

ここで佐藤が「運動」や「宣伝・推進」の語で好ましくないという判断を示そうとしているのは、具体的に母体血清マーカー検査のような、比較的安価だがそれほど精度の高くない検査を皆がこぞって受けるように促すことである。アメリカ、イギリス、フランスなどでは、一九九〇年代にこのようなマス・スクリーニングが普及するようになった。だが、それは新しい形での優生学であり、障害者の排除であると佐藤は論じている。

欧米ではすでにマス・スクリーニングによる出生前診断が実施されている。これは、社会として見れば、障害者の生きる権利を奪うことにならないだろうか。優生学と無縁であるといえるだろうか。(三七ページ)

(ジ)

マス・スクリーニングは障害をもつと考えられる胎児のいのちを奪い、つまりは障害者を社会から排除しようとするものである。ここではそのような「運動」が「優生学」と性格づけられている。

産むか産まないか、つまり人工妊娠中絶を行うかどうかは女性やカップルの自己決定に委ねられる。望まない妊娠をした女性が、諸般の事情を考慮してやむをえず産まないことを選ぶのは個人の自己決定の事柄とせざるをえない。しかし、望んだ妊娠をした女性に対して、社会や企業や医師が子どもの将来の否定的な可能性を知ることを強い、その結果、望んだ妊娠を望ましくない妊娠に変えてしまうのは、意図的な自己決定の操作である。そこには障害者を排除しようとする優生思想の影響が介在している。だから、国も医師も排除と差別につながるマス・スクリーニングの推進に協力すべきではない。以上が佐藤の立場の大筋であり、多くの日本の論者がこの方向で議論を組み立てており、広い支持を得ている考え方である。

出生前診断を促進してもかまわないと考えている人たちと佐藤のようにそれはよくないと考える立場の相違は、とりあえず、(一)「自己決定」や「自己決定権」をどのような性格のものと理解するかということ、(二)障害者の生命とどう向き合うのかということの二点にまとめられるだろう。そして、さらにその背後に、(三)人間の生命の価値をどのように考えるか、また生命倫理の基盤をどこに見るかという問題があり、そこにまで及んでいく。主に佐藤の書物によりながら、それぞれの論点について、明らかにしていこう。

### 三 自己決定の条件と限界——出生前診断に慎重である理由（一）

佐藤は人工妊娠中絶、とりわけ選択的人工妊娠中絶を念頭に置きながら、「自己決定」について周到な議論を展開している。佐藤は「自分自身に関することは自分で決める」という自己決定の理念を支持すべきものとして是認している。だが、この理念は実現するのがなかなか容易ではない。実現に近づくためには条件が必要だが、それはなかなか整いにくい。また、条件が整ったとしても、自己決定では解決できない事柄が多々ある。だから、自己決定には限界があり、自己決定を主要な基準として生命倫理を論じることができないことがむしろ多いとする。

出生前診断に話を限定しよう。まず、母親がこの問題について、正確な情報を得るのは容易ではなく、母親自らが子どもを産むかどうかについて適切な判断を行う条件がなかなか整わない。出生前診断についていうと、検査があるという情報を提供され、「知る権利」を行使するのは当然だと論じられるが、そもそも何のためのどのような検査であるかについて、正確な情報が提供されることが少ない。染色体異常や遺伝子異常と知っても症状は多彩で、重症度にもかなりのばらつきがある。ダウン症の発見が主要な目標とされるが、そもそもダウン症の子が生きていくことがどのようなことなのか、実情を知らされることは少ない。

母親が検査を受けようとするのはやはり不安になるからだが、その不安は作られたものであることが多い。検査をすることはそれ自身、母子関係の形成を妨げる要因となりうる。検査を受けることは、すでに母子関係を絶つ（中絶する）かもしれないという可能性を心の中に組み入れることになる。すでにその段階で、中絶に向けた心がまえが作り始められ、そのことで自己決定の操作が行われている。不安感をあおるのは、検査がよきものであると考える医師、学会、企業や、優生学的な考え方を受け入れようとする社会である。とりわ



け、医師は障害者が生まれたことを医療訴訟によって訴えられることを恐れるという動機に左右されがちである。不安を増大させるような形で情報を提供することは、適切な自己決定を妨げることになる。わざわざ障害の可能性について医師が示唆して、検査を促すような態度をとることは、それ自身、適切な自己決定を阻害することになりかねない。

次に、そもそも親が自己決定できる範囲を越えた倫理的問題がある。つまり自己決定権の限界である。これは人工妊娠中絶全体に関わることだが、胎児を中絶することに対し、親の自己決定権は制限を受ける。胎児にも生存権があるからである。そもそも「妊婦には、無条件で「医師から胎児についての正確な情報を得る権利がある」のだろうか」（七六ページ）と佐藤は問いかけている。たとえば、日本やドイツでは、ある時期まで胎児の性別についてはカプセルに告知することが禁止されている。「知る権利」に条件が付されているが、これは親の自己決定権に限界があることを示している。だが、出生前診断の際、こうした自己決定の限界について明示されることは少ない。

佐藤はある段階までの胎児を人工妊娠中絶するかどうかは、母親の自己決定に委ねてよいとする。望まない妊娠について、一定の条件を整えば中絶を認めてよいという立場だ。だが、だからといって「人工妊娠中絶や選択的人工妊娠中絶が『倫理的』であるとは考えていない」（四六ページ）という。自己決定の主張は人々の権利を守るのに役立つ時期もあった。だが、自己決定の理念が、非倫理的な行為を正当化する口実とされることもある。自己決定をしたのだからあなたに責任があるというように、責任を押しつける口実に利用されることもある。しかし、自己決定は権利ともいえない場合、直ちに責任にも結びつかない場合がある。だから、自己決定そのものが絶対的な基準となるわけではなく、自己決定の理念がどのような目標と関連づけられているかを見る必要がある。

出生前診断と選択的人工妊娠中絶に関していえば、人の多様性を認め、誰もが最大限の幸福を追求できる社会の実現<sup>6)</sup>を目指すための「自己決定」でなければならぬ。また、緊急避難としての出生前診断や選択的人工妊娠中絶は容認されるべきであるという前提を踏まえて、妊娠・出産のための自己決定は女性が安心して子どもを産むためものではなかつただろうか。(一一四ページ)

マス・スクリーニングを行い、選択的中絶を行うのが当然のような環境を作った上でなされる出生前診断は、形の上では自己決定がなされているように見えても、本来の自己決定の条件が満たされていない。また、自己決定という理念の限界を超える問題の所在が見えなくされてしまっている。

#### 四 新しい優生学——出生前診断に慎重である理由(2)

出生前診断において親の自己決定を超える問題があるのは、生きようとしている胎児の生存権があるからだ。それはまた、子どもを育てようとする親の姿勢を守ることが優先される所以でもある。では、この生存権を否定する根拠はどこにあるのだろうか。人工妊娠中絶はそもそも倫理的に正当化することはできない。しかし、個々のケースではやむをえない決定として女性の自己決定による中絶を認めざるをえないと考えられる。これは女性の生存権を守るための、個々のやむをえざる特殊な事情によるものとして理解すべきであり、「自己決定権」として一般化できるようなものではない。では、障害の可能性があるということを根拠として中絶すること(胎児条項)を、普遍的な権利として法に記すことは妥当だろうか。否である。そうすることは、障害者の生が生きる価値において劣っているという差別的な判断を、普遍的な「事実」として示すことになる。

実際には多くの障害者が不幸であるわけではない。まして、生まれてこなければよかったと考える障害者はごくわずかである。にもかかわらず、障害者は生まれてこないように措置するのが当然だとするのはなぜだろうか。それは障害者を排除するのが妥当だとする考え方を社会が作っているからである。それは優生学的な考え方に基づく。優生学とは、「悪い遺伝を避け、いい遺伝をたもつて子孫の素質をすぐれたものにする」と『国語辞典』第四版、三省堂、一九九二年）だが、社会の損得計算の視点から見ても、「弱者を人為的に淘汰する」のが適切だという考え方にのっとっている。

一九世紀の末に始まり、一九二〇年代以降、精神障害者らの結婚を制限したり、断種を行ったりした二〇世紀中葉までの優生学に対して、二〇世紀末に著しく普及し始めた出生前診断に代表される新しい形の優生学は「新優生学」とよばれることがある。それぞれ「第一次優生学」、「第二次優生学」とする呼び方もある。後者はすでに生まれて生きている人の生殖に対して強制を加え、直接に人権を侵すことはしないように見える。しかし、障害者を社会から排除することが目指されているという点では二つの優生学は同じである。出生前診断によつて中絶される胎児はのちを奪われる。出生前診断を受けずに生まれたり、受けなければ中絶をせずに生まれた子は、生まれなくてもよかつたはずの子として遇される危険にさらされる。生き残つた障害児は少数派としての発言権を弱められ、ますます不利な立場に置かれることになる。

第二次優生学における障害者の排除は個々の親の自己決定の結果という形をとりながら、実は社会的に操作されている側面が大きい。母体血清マーカー検査の例でいうと、それを行い、多数の選択的中絶を導き出すことが目指されている。こうした排除の意図のために使われている操作には以下のようなものがある。

- ① 障害者を産むかもしれないという不安感を抱かせる。

- ② 出生前診断を受けることが標準的な医療であることを教える。
- ③ 出生前診断や選択的人工妊娠中絶が「賢い選択」であることを教える。
- ④ 出生前診断や選択的人工妊娠中絶が、倫理に反するものでないことを教える。
- ⑤ 産婦人科医に対して「出生前診断をしてくれなかったからダウン症の子どもが生まれた」と訴訟を起こさせる。産婦人科医からカププルに出生前診断について積極的に情報提供させるようにする。

一方、障害発見のための検査や障害そのものの詳しい内容については、あまり説明されていない。そもそも医師が正確な知識をもっていない場合も多い。とくに産婦人科医はたとえばダウン症の子どもの状況について正確な知識をもっていないことが多い。京都地域のダウン症児を育てる親の会の調査では、小児科医に比べて産婦人科医はダウン症について否定的なイメージをもっている傾向がはるかに強い。産婦人科医は障害児を産んだ親がひどく落胆した場面についてはしばしば経験しているが、障害者の子どもが元氣にかつ幸せに育っている場面を経験する機会はほとんどない。誕生後、赤子を育てる経験に関与できない立場に、また出産直後、落胆した親と向き合わざるをえない立場に置かれているのだ。自分がその生活についてほとんど何も知らない障害者の幸不幸について、産婦人科医は勝手な判断をして親に不安を与えている可能性が高い。

さらに大きな問題は障害者が社会にかけるコストについて論じられることである。血清マーカー検査の利益を唱える人は、障害児にかかる費用よりも障害児を発見する費用の方が安いとする。こうした費用便益計算は、必ずしも正しくない。三歳までの障害発生は障害者全体の一〇%のみである。また、新生児の一%前後は高度の精神遅滞を伴うが、ダウン症児の出生率は〇・二三%程度にすぎない。障害者にかかる費用は国家予算や医療費の総枠から考えて微々たるものである（二〇八ページ）。コストを論じることによって障害者が社会全体

に不利益をもたらしているという印象を与え、障害者を産むことを躊躇するように仕向けて見ると見るべきである。

新優生学はこのように情報を操作して、個々人に障害者を産むことが選びにくい環境を作り、自己決定の装いをもつて優生学を実現していく。それによって利益を得るのは、遺伝子の知識を誇ろうとする医師・生命科学者と、スクリーニングによってもうける企業である。また、学者や企業にてこ入れをしながら、国家の利益を増進させようとする政治家である。しかし、それは障害者差別を増大させることによつて、実際にははるかに多くの損失を社会にもたらしていることになる。

## 五 他者とともに生きる倫理——出生前診断に慎重である理由(3)

新優生学においては、障害者の排除は個々の親の判断を介して行われることになる。では、親はどのように考えて障害者の排除を選ぶのか。親の考え方にまで分け入って、排除を正当化する思考について理解する必要がある。そしてそうではない態度、つまり他者を排除せずにも生きていこうとする態度、つまりは人間の尊厳を支える意識や心のあり方について考える必要がある。佐藤はその問題にまで踏み込んで出生前診断の生命倫理を論じている。

子どもが障害者であることを知った親は、「それでは子どもがかわいそうだ」「生きていてはかわいそうだ」「生きていても不幸だ」「生きている意味がない」などと述べることが多い。極端に言えば、「生きている価値がない」ということになる。だが、それは事実だろうか。

さて、「生きがい」とは何であろうか？ あるいは人間の幸・不幸とは何であろうか？ 難しい問題である。私には答えを見いだせない。しかし生きがいに関して口を挟むことはできないということだ。（中略）他人の生き様を見て、不幸だ、幸福だと心の中で思うのは勝手だが、他人の生き様をこうでなければならぬとするのは暴力につながる考え方なのである。選択的中絶で命を奪ってしまうのは最大の暴力ではないだろうか。そして何よりも、「障害を持つことは不幸だ」とか「生きていても不幸だ」とか、第三者から決めつけられることを望む人間がいるだろうか。それは、障害があろうがなかるうが、個人個人が考えることだ。（中略）知的障害者であるダウン症の子どもは一般に明るくやさしく家族思いである。ダウン症でない子どもたちと同じに、毎日を楽しく生きている。子どもたちは誰でも生きがいなどとは考えない。しかし毎日毎日の身の回りに起こることに興味津々である。障害があろうがなかるうが同じだ。／（原文改行の意）いのち」を持つたすべての人間には、生きがいがある。生きがいが生じる最低限の条件は、生きているということにしかない。（二七五―六ページ）

多様な資質をもつ人々が、それぞれに生きがいを求めて生きており、その生の価値を判断する単一の基準があるわけではない。佐藤はこの差異の認識に支えられてこそ、他者を他者として認め、それぞれの生きがいを尊ぼうとする態度が形成されるとする。

佐藤はまた、親が胎児に対してどのような関わりをもとうとしているかという観点から、出生前診断の意義を考へるべきことを繰り返し強調している。胎児に障害があると診断されたときの、カップルの心の動きとそれへのサポートのあり方に関する研究はあまりなされていなしながら、先天異常の子どもが生まれた（子どもの障害を初めて知った）ときの親の反応についての研究成果を援用している箇所がある（八五―六ペー

ジ)。

親は「ショック↓否認↓悲しみと怒り↓適応↓再起」の過程を経て、子どもとともに生きていこうとする気持ちを固めるに至るといふモデルが紹介されている。望んでいなかっただ事態に向きあい、障害を持つ子どもを全体として受けとめ、愛情をもつて積極的に育児を楽しもうという姿勢を得ることができるようになることが「受容」という後で概括できるといふ。この「受容」は出生前診断をめぐる生命倫理を考える基礎となる経験の一つと理解されている。

佐藤は中絶を念頭に置いた出生前診断は必ずしも好ましいことではないが、たぶん将来もなくならないだろうと予測する。優生思想の基礎にある心情、つまり「健康な子どもが欲しい」という思いはごくありふれた市民の心の中にあり、それを非難することは難しい。だが問題は、この思いが「健康な子どもでなければならぬ」という規範意識に変換されることにある。

胎児に異常があるかもしれないという事実が突きつけられると、「健康な子どもが欲しい」という気持ちは、二つの方向に分岐する。一つは前述した「健康な子どもでなければいけない」であり、もう一つは「健康な子どもでなくても欲しい」（どんな子どもでも自分たちの子どもだといったほうが正確かもしれない）という意識だ。前者になれば人工妊娠中絶が選択される。(二八八―九ページ)

前者は排除の意識であり、後者は障害を受容して障害をもつた者ととともに生きていこうとする意識である。後者に親子関係から生じる豊かさを高めていく可能性や、多様な他者とともに相互を尊びあいながら生きていく可能性が含まれていることは明らかである。前者はそのような可能性の芽を摘むことを含んでいる。それは

親が自己と他者を尊び、ともに生きていく姿勢を弱める可能性を潜在的に含んでいる。

「健康な子どもが欲しい」というのは、非難されるような性格の意識ではないと述べた。しかし、「健康な子どもでなければいけない」とする考えはどうだろうか。この意味するところは「健康な子どもでなければ周囲が産むことを許してくれない」ではないだろうか。この意識は社会によって作られてきた側面があるのではないだろうか。社会は、親族であったり、会社であったり、隣近所であったりする。その人が育ってきた環境も影響するだろう。こうした影響は、ほとんどの場合、カプルの利益を中心に考えたものではない。もちろん子どものためであろうはずがない。こうした状況の中で、自分と子どものほんとうの幸福を考えるのが『自己決定』である。(二八九ページ)

このように親が子どもに対する愛と責任を育てていく過程は、多様な人々が生きる社会で相互を尊びあいながら生きていく姿勢と関連しあっている。つまり、多様性や異質性を前提とした上で、それぞれの差異を認めあいながらともに生きていこうとする現代的な倫理意識の成熟が要請される。佐藤はそれを「共生の社会」にふさわしい生命倫理と見なしている。

本当に『自己決定』を尊重するのであれば、それは「健康な子どもでなければいけない」という意識を払拭することから始まる。／これからの時代は多様性の社会といわれる、その一方で遺伝子至上主義がはびこりつつある。多様性の社会は共生の社会である。障害を持つ、持たないにかかわらず、もちろん皮膚の色や『うまれ』にかかわらず、あるいはそれぞれが持つ遺伝子にかかわらず、それぞれの個人が生きるこ



とを最大限に楽しむことができなければならない。(一八九一—一九〇ページ)

以上、佐藤孝道が出生前診断の生命倫理をどのような視点から考えているか、要約してきた。人工妊娠中絶が倫理的には正当化できないが、個々の事情を勘案して許容せざるをえないものとし、中絶を合法としながらそれを女性の自己決定に委ねるが、女性に「自己決定権」があるから選択的中絶は正当だとは見なさない立場である。また、選択的中絶は障害者の排除であるが故に法的に正当化するべきではないとするとともに、それを胎児の生存権からだけでなく、親子関係の形成や多様な人間の共生の倫理という観点から支えようとしているところに特徴がある。

佐藤の著書には佐藤独自の考え方が随所に含まれている。しかし、母体保護という理由での中絶を容認しつつ、胎児の遺伝素因を理由とした中絶を法的に明記するのに反対するという方向での議論の大筋は他の多くの論者と同じである。佐藤の議論は日本での、スクリーニングや新優生学に批判的な人々の論調を代表しているといつていいと思われる。

## 六 日本における優生学と人工妊娠中絶

日本とドイツは広い意味での出生前診断や新優生学(第二次優生学)に対して慎重な態度をとっているという点で、高度の科学技術をもつ先進国の中で際だっている。これに対して、アメリカ、イギリス、フランスを初めとする西洋の多くの国々は出生前診断に対して積極的な政策をとっており、対照的である。このような相違が生じたのはどのような要因によるものだろうか。

ドイツの場合は、第二次世界大戦において優生思想に基づき、医学者が協力して大量の殺戮が行われたという記憶が関わっているのは間違いない。日本においても、医学者は生物兵器を用いた戦争に備えるため、中国東北部に設営した七三一部隊などで、多くの中国人やロシア人を組織的に殺害した。そこでは人種主義的差別意識は大いに関わっていた（常石 一九八一）。しかし、優生思想はあまり関与していない。

日本で選択的人工妊娠中絶に対する抵抗が強い理由は、まず第一に人工妊娠中絶と産児制限の独自の歴史に求めるべきだろう。日本では人工妊娠中絶が許容されるという意識は、近代以前にはかなり広い基盤をもっていた（千葉他 一九八三・波平 一九九六）。一九世紀の末以後、新マルサス主義とフェミニズムの台頭により産児制限の運動が輸入された際も、そもそも人口増大を抑制する必要があるという考えはその支えとなった（藤目 一九九九）。一九二四年のアメリカの排日移民法がショックだったのは、人口増大に対する懸念がいか

に大きかったかをよく示している。

他方、優生思想も広く受容されていた。能力の低い人々を淘汰することによって国力を強めるという社会進化的な考えも欧米から輸入されて、確かに一定の影響力をもった（藤野 一九九八）。一九四〇年には国民優生法が成立したが、それはもっぱら優生学的関心に基づくものだった。そして、一九四七年に成立した優生保護法では、人工妊娠中絶の容認に力点が置かれたものの、優生学的関心は強く残った。ハンセン氏病や精神病の人々への断種等が本格的に行われたのは、第二次世界大戦後のことである。それに対する本格的な反省は一九七〇年代以降にようやく行われるようになった（森岡 二〇〇一）。

しかし、確かに優生思想の影響はあったとはいえ、人工妊娠中絶の容認ということについては、優生思想の影響よりも人口増大への懸念の方がはるかに大きな影響を及ぼした。これは、すでに一九一〇年代、二〇年代にそのような傾向が強かった。当時の国民の意識では、人口抑制一般を支えとする産児制限運動が一定の理解を

得たのに対して、優生学の方はなかなか支持者が増えなかった。第二次世界大戦後も植民地主義的な拡張主義によって国土の狭さに由来する困難を解消しようとしたことに対する反省の意識はたいへん強いものがあつた。人口増加の抑制をなしとげなくてはならないという意識はかなり広く国民に分けもたれており、人工妊娠中絶を正当化する根拠としては、優生思想をもち出すよりも、人口問題をもち出す方が理解されやすかつた。

日本でも明治維新以後、確かに人工妊娠中絶への禁止が強められ、一八八〇年には刑法に墮胎罪が定められた。しかし、この時期の中絶禁止は国家の人口政策や文明開化政策に動機づけられたもので、宗教的な裏づけをもつものではなかつた。だから、人口問題への認識が変わると中絶禁止の意識も転換しがちだつた（藤野

一九九八）。このような背景があつたために、日本では、多くの欧米諸国よりも人工妊娠中絶が早くから法的に許容されることとなつた。このため、一九七〇年代に入って、フェミニズム運動が台頭し、産む／産まないを選ぶ女性の権利が主張されるようになったとき、すでに人工妊娠中絶の許容という目標は達成されていた。

一九七〇年代以降ももちろんそれを制限しようという動きはあり、それに対抗するために女性は産む／産まないを選ぶ権利をあらためて主張しなくてはならなかつた。だが、その際、日本では差別に反対する障害者の運動も台頭し、人工妊娠中絶の許容が優生思想によつて正当化されていることを問題にすることとなつた。フェミニニストの中には「選択の自由」に抗議する、この障害者の運動に共鳴する者も少なくなく、そこから優生保護法を見直そうとする運動が障害者と一部のフェミニニストの協力によつて発展することとなつた（玉井一九九九b）。

一九八〇年代以降、出生前診断に対する批判の声が強くあがり、大きな影響力をもつたのは、こうした歴史的経緯を反映している。ここでは、女性の選ぶ権利を掲げることによつて、胎児の生命を絶つことを認めさせようとする運動があまり大きくなかつた。また、選択的中絶に反対する声は、宗教的な原理に基づいてすべて

の中絶に反対する人々によって唱えられるのではなく、むしろ女性と障害者双方の人権を守ろうとする立場からの主張が大きな力をもつこととなった。欧米でのように生命の神聖さ (sanctity of life) と女性の選ぶ権利が対立するのではなく、一方に妊娠した女性、他方に障害の可能性をもつ胎児の双方の権利や幸福を目指す立場から、「治療を超えた」医療への批判が構想されることとなったのである。

## 七 出生前診断の妥当性をめぐる生命倫理

中絶を前提とした出生前診断は今後さらに洗練され、精度のより高いものに、またリスクのより低いものになつていくだろう。たとえば、母体血中の胎児由来要素をより正確に選り出し、それを用いた出生前診断ができるようになれば、母体も胎児も傷つける恐れがなくなる。技術改良により、費用も次第に下げることが可能になるかもしれない。そうなれば安全性とコストの問題が大幅に除外できることになり、マス・スクリーニングの普及が進みやすくなるだろう。そして、「選別」をめぐる倫理的問題だけが残ることになる。

さらに、着床前診断の知識や技術も向上し、安全性が高まつていけば、その普及が進むことが予想される。着床前診断を行うためには体外受精を行わなければならないが、それが広く行われるようになれば、その目的は特定の遺伝的な要因をもつた障害者を産まないようにするということを超えて広がっていくだろう。男女の性別産み分けはもちろん、さまざまな病気の可能性を避けたり、好ましい能力や特性に関わる遺伝子要因を選びとったりするようになるかもしれない。「デザイナー・ベイビー」に近づいていこうとするこうした傾向は、すでにドナーによる体外受精の際に、精子や卵子を選ぶという形で始まっている。着床前診断が広範になされるようになれば、人類の生殖のあり方は「選別」を基調としたものになり、まったく新たな歴史的段階に入る

ことになるだろう。

現在、母体血清マーカー検査や羊水検査などの出生前診断で行われているスクリーニングは、こうした大規模な選別の最初の段階のものといえるだろう。マス・スクリーニングが普及することは生殖医療におけるエンハンスメントにおいて、大きな一歩を踏み出すことになる。だが、さらに着床前診断が大規模に行われるようになることを想定した場合、「治療を超えた」医療は、潜在的な患者の削減という意味でのスクリーニングの枠をも超えていくことになる。エンハンスメントという観点から見ても、多くの住民の日常生活にじかに関わるものとなり、選別の倫理問題はさらに重大なものとなるだろう。すでに個々人の遺伝子情報が明らかにされることによつて、生命保険や雇用における差別が生じることが問題となつているが、今後生殖過程での選別が進むことから生じる生命倫理問題の広がりには、予想もつかないほど大きなものとなるう。

エンハンスメントの問題を論じようとする論者の多くは、そうした問題にふれている。たとえば、レオン・カスらのアメリカ大統領生命倫理評議会は、『治療を超えて』の第二章で、「よりよい子ども」(Better Children)を産み、また育てる生命科学技術について論じている。前者では性別産み分け (sex selection) が例として取り上げられ、後者ではADHD (注意欠陥・多動性障害) の子どもに使われるはずの向精神薬 (リタリン等) の広範な使用が例として取り上げられている。生命の選別に関わるのはいうまでもなく前者、すなわち性別産み分けの問題だが、そこでの論点はこの論文で論じてきたことと重なる点がある。

それによると、性別産み分けは妊娠と出産の意味そのものを変え、親であることの意味、また親子関係の意味そのものを変えてしまう可能性があるという。この報告書は、性別産み分けは男女差別の問題と関わっているが、それが主要な問題ではないという。性別産み分けの末に産み出された子どもは、親の特定の欲望を満たすために性的アイデンティティを決められてしまったことになる。そもそも子どもとは私たちが生産したり

選びとつたりするのではなく、恵みとして与えられるものである。私たちは恵みを無条件に受けとめることによって親となる。それは主として愛の問題であり、意志の問題ではない。性別産み分けは親が子どもを無条件に受容するという姿勢を変えてしまったことになり、子どものアイデンティティを親の意志に従属させてしまうことになる (pp.68-71)。

子どもの生存権や自己を尊ぶとともに、「無条件の受容」をもって子どもに向きあう親の姿勢を尊び、そこに選別に反対する論拠を置くという点で、レオン・カスら大統領生命倫理評議会の立場と佐藤孝道など、障害者排除とマス・スクリーニングに反対する日本の論者の立場は近い。そうであるとすれば、大統領生命倫理評議会は障害者排除とマス・スクリーニングに至るような出生前診断にも反対の立場をとってよさそうなものである。しかし、アメリカ合衆国ではそのような動きは弱い。

報告書の中でも、子どものアイデンティティを親が決めるような性別選択、つまりは「選びとる」(choosing in) 例が取り上げられていて、障害者を産まないようにする、つまりは「選び捨てる」(choosing out) という側面についてはさほど重きが置かれていないのはそのことと関わるだろう。日本では「受容」と「排除」「差別」が緊密に結びつけて論じられているのだが、アメリカの類似の議論では、両者が必ずしも緊密に結びつけられていないわけである。

この相違は、出生前診断がさかんに行われているアメリカと、あまり行われていない日本との宗教や文化や歴史の相違と関わりがあるだろう。次節では、そのような相違についていくつかの指標をあげて、この論文をしめくりたい。

## 八 出生前診断の倫理の文化や歴史的経験による相違

中絶や選別を前提とした出生前診断に対して欧米の多くの国々と日本では歴史的経験と文化が異なり、それが現在のそれぞれの国々の生命倫理のあり方に反映していると考えられる。欧米の国々といってもさまざまであるが、ここでは主としてアメリカ、イギリス、フランス、ドイツを念頭に置く。ドイツは妊娠中絶の許容される条件として胎児条項を否定した（一九九四年）という点で日本と近いが、他の国々は出生前診断に対する態度で日本と対照的である。ここでは、主にアメリカ、イギリス、フランスを「欧米」(the West) と呼び、それに日本を対置させて、中絶を前提とした出生前診断という「治療を超えた」医療をめぐる考え方の相違を問うていくことにする。

### (一) 女性の選択権による正当化の強弱

欧米ではカトリック教会を初めとするキリスト教保守勢力の間で「生命の神聖さ」(sanctity of life) の主張が強く、胎児の生命を考慮する立場からの発言は例外を認めない原理主義的なものであり、あらゆる人工妊娠中絶に対して一様に反対する立場をとる傾向が強かった。そして人工妊娠中絶の許容を実現しようとする人々は、これに対抗するために女性の選択の権利を譲れない根拠として主張することになった。そこで中絶や選別を前提とした出生前診断の是認は、女性の選択の権利を主張する際に、共感を得やすい場合としてその主張の一部に組み込まれる傾向が強かった。これに対して、日本では中絶の許容が人口問題への対処として考えられる傾向が強く、女性の選択権の問題として意識される度合いが薄かった。このために中絶を前提とした出生前診断を女性の選択権という立場からは認しようとする考え方が力をもちにくかった。また、日本では女性が選択権

を主張しようとしたとき、障害者の側から女性の選択権という考え方そのものに対して厳しい批判が投げかけられた。日本では障害者の生存権の主張がそれまで弱かったため、遅れてなされた主張がかえって女性の選択権の主張と時期的に重なったという事情もあるかもしれない。この歴史的経緯については、なお詳しい検討が必要である。

### (二) 優生思想に対する抵抗感の違い

欧米では優生思想は近代的な進歩思想、とりわけ社会進化論と連携して受容された。この思想は産業が発展し、経済的に優位に立つ欧米の文化を十分に学びとつた者がすぐれた人物だと見る態度を養った。そして、西洋近代をモデルとした理性や「道徳的人格」の発達に及ばない人々を見下す考え方が、植民地解放の後も世界各地で維持され続けてきている。意識的な自我による身体や自然の統御に高い価値を与え、業績や遂行の価値を重視して、自然と身体を支配する主権的自己を尊び、自由な主権の行使が妨げられることを恐れる意識である。植民地主義の残滓を宿すこうした優越感が優生思想の基盤にある。日本も中国的な華夷思想の影響を深く受けてきており、近代化の過程でとくに強く人種主義的優越感をもとうとした時期があり、今なおその影響は強く残っている。しかし、他方で近代化の過程で西洋から差別されたという意識もある上に、第二次世界大戦の敗北で優越感をうち砕かれ、いく分か反省したという側面もある。敗戦の歴史的経験により、文明的優越感への批判という点で植民地化された地域の住民の意識にわずかなりとも近づいたといえるだろう。

### (三) 人口調節に対する不可避性の意識の強弱

日本では狭い国土、とりわけ狭い農地、また限られた天然資源の中でたくさん的人口が生き延びていかなか



てはならないという意識が早くから育てられた。拡張主義的な武士集団や宗教的諸勢力による武力闘争を排除することで成立した徳川時代の人々の間では、人口抑制の必然性の意識が高かったと推測される。徳川時代には飢饉もしばしば起こり、農地の不足の意識は強かつたし、鎖国の下では余剰人口を新たな土地へと送り出す余地はあまりないと考えられてきた。ある時期まで、間引きや墮胎がかなり広く行われてきたのは、このような人口増大への不安と関わりがあったと考えられる。近代化の過程では植民地主義と移民によって人口問題の解決を図ろうとしたが、第二次世界大戦によって拡張主義の限界と害悪を強く自覚させられることとなった。欧米においては初期の産業化の時代に新大陸等への移民や他地域への植民が長期にわたって継続され、マルサス主義の影響にもかかわらず、人口調節の不可避性の意識がさほど強くなかつたと推測される。むしろ、労働者階級や農民や被植民地地域の住民の人口増加を恐れる意識が高まり、それが優生学の人気につながった。「逆淘汰」を恐れる意識はそのよい例である。また、キリスト教会のあいだで拡張主義への反省が行われるようになったのは二〇世紀も末になってからのことである。

#### (四) 自然や人体に対する科学的介入への疑いの強弱

欧米では自らの文化の中から育てた近代科学が、人類の福祉を増進してきたということへの高い自負がある。それはまた、自然や身体から独立した理性が、自然や身体を支配し、それに対して行使する支配力に高い信頼を寄せるということでもある。中絶や選別を前提とした出生前診断もまた、近代医学の達成を引き継ぎ、主権的自己をもつ人類が身体と自然への支配力を増大していく過程の一部として価値あることと理解しがちである。自己決定が自由の価値と不可分のものとして重視されるのも、環境を支配する意識的な自己に高い価値を置く考え方と関連している。これに対して日本の文化では、自然・身体を支配する理性や主権的な自己に対して、

その妥当性に疑いをもつ傾向が強い。理性の傲慢と破壊性が近代化と、また近代の科学技術と不可分のものとして見て、その価値を限定的なものと考ええる。このような近代合理主義への批判の意識は、ナショナリズムと結びつくことが多い。だが、拡張主義的な普遍主義とナショナリズムの特殊主義の双方から距離をとり、多様な存在を異質性を保ったままで受け入れ、共生していこうとする考え方も育つようになってきているのは欧米と同様である。

### (五) 個人の自律を主とした倫理観と人間同士の関係や絆を重視した倫理観の相違

西洋では、中絶や選別を前提とした出生前診断において、また広く生命倫理において「自己決定」や理性ある主体を重視する考え方が優位に立ってきた。個としての人間こそ尊厳をもつという理念や、生命の価値を自己意識やアイデンティティと結びつける考え方が最終的な規範のように機能してきた。しかし、日本ではこのような考え方は強くない。人間の生命の価値は他者とともに生きていくこと、また、過去の世代の生命を引き継ぎ、次世代に生命を引き渡していく生命の連続的な循環の中で生きていくことが重視される。個としての生命よりも個と他者との関係や個を超えたものとのつながりを重視する考え方である。出生前診断において親子の絆の形成に高い価値を置き、また障害者とともに生きていく姿勢を尊び、自律的な個による生命の選択という考え方がなじまないのもこうした倫理観と関係があるだろう。このような価値観はしばしば集団の統合を重視して、個人の自律を妨げる方向に機能する。また、集団内の均質性を尊び、異質な存在を排除する意識に向かいやすい。だが、七〇年代以降の日本では、個人の自律性を尊ぶ価値観も次第に定着するようになり、集団主義や均質性の重視の姿勢に対する批判も高まってきた。この変化の中で、障害者の権利を尊ぶことが、多様な存在の共生のよき例として自覚されるようになってきた。これは欧米において、個人主義や合理主義の限界が

自覚されるようになり、他者との交わりや人間の身体的な基盤を通して倫理を再考しようと試みる企てが育ってきていることと符節を合わせている。

出生前診断に対する考え方の相違を見ていくと、文化や歴史的経験の相違が生命倫理に強い影響を及ぼすことが理解される。ここではどの文化がよりすぐれているかを論じようというわけではないの言うまでもない。文化の優劣をあげつらうような発想こそ優生思想とつながる覇権主義的、また競争主義的な態度の根である。むしろ、多様な考え方を受けとめながら、それぞれの考え方の利点と欠点をよく見定め、寛容を旨とした確な判断をするように努めたい。そして、人類共通の判断が求められている事柄については、多様な考え方を出しあつて相互理解を深めた上で、妥協や調整を重ねながら合意に近づいていく必要があるだろう。人類全体が新たに困難な問題に直面しているということは、そこから新たな人類的な連帯の基盤が芽生えているということでもある。

#### ■主要参考文献

- 「I」一九九〇年代以降の日本の書物で、スクリーニングへの批判を含んだもの
- 江原由美子編『生殖技術とジェンダー』勁草書房、一九九六年
- 丸本百合子・山本勝美『産む／産まないを悩むとき——母体保護法時代のいのち・からだ』岩波書店、一九九七年
- 石川准・長瀬修編『障害学への招待』明石書店、一九九九年
- 森岡正博『生命学に何ができるか——脳死・フェミニズム・優生思想』勁草書房、二〇〇一年
- 齋藤有紀子編『母体保護法とわたしたち——中絶・多胎減数・不妊手術をめぐる制度と社会』明石書店、二〇〇二年

坂井律子『ルポルタージュ 出生前診断』日本放送出版協会、一九九九年

佐藤孝道『出生前診断——いのちの品質管理への警鐘』有斐閣、一九九九年

玉井真理子『出生前診断・選択的中絶をめぐるダブルスタンダードと胎児情報へのアクセス権』松友了編『知的障害者の人権』明石書店、一九九九年<sup>a</sup>

同『「障害」と出生前診断』石川准・長瀬修編『障害学への招待——社会・文化・ディスアビリティ』明石書店、一九九九年<sup>b</sup>

立岩真也『私的所有論』勁草書房、一九九七年

同『弱くある自由へ——自己決定・介護・生死の技術』青土社、二〇〇〇年

優生思想を問うネットワーク編『知っていますか？ 出生前診断 一問一答』解放出版社、二〇〇三年

大野明子編『子どもを選ばないことを選ぶ——いのちの現場から出生前診断を問う』メディアカ出版、二〇〇三年

## [2] その他

タラル・アサド『世俗の形成——キリスト教、イスラム、近代』（中村圭志訳）みず書房、二〇〇六年（Talal Asad,

*Formation of the Secular: Christianity, Islam and Modernity*, Stanford University Press, 2003)

千葉徳爾・大津忠男『間引きと水子——子育てのフォークロア』農山漁村文化協会、一九八三年

藤目ゆき『性の歴史学——公娼制度・墮胎罪体制から売春防止法・優生保護法体制へ』不二出版、一九九九年

藤野豊『日本ファシズムと優生思想』かもがわ出版、一九九八年

石井美智子『人工生殖の法律学——生殖医療の発達と家族法』有斐閣、一九九四年

波平恵美子『いのちの文化人類学』新潮社、一九九六年

荻野美穂『中絶論争とアメリカ社会——身体をめぐる戦争』岩波書店、二〇〇一年

レオン・カス編『治療を超えて——バイオテクノロジーと幸福の追求』（倉持武監訳）青木書店、二〇〇五年（President's

Council on Bioethics, *Beyond Therapy: Biotechnology and the Pursuit of Happiness, A Report of the President's Council on Bioethics*, Regan

Books, 2003)

グレゴリー・ストック『それでもヒトは人体を改変する——遺伝子工学の最前線から』（垂水雄二訳）早川書房、二〇〇三年  
(Gregory Stock, *Redisigning Humans: Choosing Our Children's Genes*, Profile Books, 2002)

島園進「個としてのいのち・交わりの中のいのち」『死生学研究』第二号、二〇〇三年

ステイーブン・トロンブレイ『優生思想の歴史——生殖への権利』（藤田真利子訳）明石書店、二〇〇〇年 (Stephen

Trombly, *The Right to Reproduce*, Weidenfeld & Nicolson, 1988)

常石敬一『消えた細菌戦部隊——関東軍七三一部隊』海鳴社、一九八一年

米本昌平・松原洋子・棚島次郎・市野川容孝『優生学と人間社会——生命科学の世紀はどこへ向かうのか』講談社、

二〇〇〇年

(しまぞの・すすむ 東京大学大学院人文社会系研究科教授)