



レプロダクティブ

生殖テクノロジーとヘルスケアを考える研究会

Study Group on Reproductive Technology and Healthcare



報告書 V

生殖テクノロジーとヘルスケアを考える研究会 講演録

日比野由利 編

発行日 2013年10月

発行者

日比野由利

金沢大学医薬保健研究域医学系

環境生態医学・公衆衛生学

920-8640

金沢市宝町 13-1

Tel. 076-265-2218 Fax. 076-234-4233

hibino@staff.kanazawa-u.ac.jp

編集協力

牧由佳、本麻紀、田形亜希

はじめに

本報告書は、2010年から2013年にかけて、生殖テクノロジーとヘルスケアを考える研究会が主催あるいは共催となって開催してきた研究会や講演会の講演録のなかから、主要なものを集めたものである。生殖医療や生殖補助医療に関し、宗教学者、人類学者、医学者、法学者、ジャーナリストなど各界から報告をお願いした。開催地は、金沢、または東京であった。開催にかかる経費は、平成21-23年度新学術領域研究(研究課題提案型)「女性に親和的なテクノロジーの探求と新しいヘルスケアシステムの創造」及び、平成23年-26年度内閣府最先端・次世代研究開発支援プログラム「グローバル化による生殖技術の市場化と生殖ツーリズム:倫理的・法的・社会的問題」から支出した。講演録は、ホームページにも掲載しているが、各所に散らばっているのでまとめて閲覧することができるよう、編集し公開するものである。多忙な中、本研究会でご報告頂いた先生がたには、改めて感謝を申し上げたい。

2013年3月

日比野由利

目次

内容

はじめに	1
目次	1
第1回 公開講演会「生殖をめぐる欲望と倫理と宗教」	3
島菌進（当時：東京大学大学院人文社会系研究科教授）	3
「生殖補助医療は女性の幸福を増進するのか？」	3
安藤泰至（鳥取大学医学部准教授）	16
「生命操作システムにおける『見えざるもの』－生殖技術を中心に－」	16
第2回 研究会（共催 第4回 代理出産を問い直す会）	58
秋葉悦子（富山大学経済学部経営法学科教授）	58
「イタリアとカトリックの生殖補助医療をめぐる倫理問題」	58
第4回研究会/第2回 公開講演会	99
斎藤加代子（東京女子医科大学附属遺伝子医療センター教授）	99
「遺伝子医療の現場から～女性にかかわる医療として～」	99
第3回 公開講演会「国境を越える身体とツーリズム」	121
栗屋剛（岡山大学・医歯薬学総合研究科・生命倫理学分野／生命倫理・医事法）	121
「アジアへの移植ツーリズム－その現実、法、倫理－」	121
出口顯（島根大学・法文学部／文化人類学）	125
「養父母になった国際養子たち：	125
スカンジナビアの国際養子縁組におけるアイデンティティと親子関係」	125
第14回 研究会	141
甲斐克則（早稲田大学法科大学院教授）	141
「人工妊娠中絶と生殖医療－医事法・生命倫理の観点から－」	141
第16回 研究会	174

水野紀子（東北大学大学院法学研究科教授）	174
「生殖補助医療と実親子関係法」	174
第18回 研究会	209
大野和基（国際ジャーナリスト）	209
「卵子提供の功罪、特に商業化という罪」	209
第21回 研究会	225
奥田美加（当時：横浜市立大学附属市民総合医療センター総合周産期母子医療センター准教授）	225
「周産期医療からみた生殖補助医療の功罪—分娩時年齢の高年齢化」	225
合阪幸三（医療法人財団小畑会浜田病院副院長）	242
「生殖医療技術の進歩とそれに関する国内外の社会情勢について」	242
第22回 研究会「グローバル化時代における生殖技術と家族形成」	255
出口顕（島根大学法文学部社会文化学科教授）	255
「スウェーデンのファーターリテイ・ツーリズムと国際養子縁組」	255

第1回 公開講演会「生殖をめぐる欲望と倫理と宗教」

日時: 2010年3月13日(土) 15:00-18:00

場所: 石川四高記念文化交流館

島菌進 (当時: 東京大学大学院人文社会系研究科教授)

「生殖補助医療は女性の幸福を増進するのか?」

島菌: みなさんこんにちは。安藤泰至先生とは長い付き合いで、経歴も少し似ていて、2人とも宗教学をやっています。安藤先生は、今日はとても大きなお話をなさいます。声も大きい。私のほうが体は小さいので、控えめに、具体的なお話をしたいと思います。

すぐその美術館は、もともとは金沢大学の附属中学があり、私はそこに通学していました。そのころ、ここには金沢大学の理学部があり、年に1度、今で言う「人体の不思議展」みたいなものをしていました。中学生のころ友だちとここに見に来ました。今思うとその標本展示そのものが、近代医学の問題点とつながっていると思います。

私は小立野に住んでいまして、父親のいた精神科の研究室に時々行くと、脳みその標本がありました。人体を物として見るような医学に、次第に疑いを持つようになりました。医学は、本当は人間を相手にするはずなのに、次第に人間が相手にできないような医学や医療になっているのではないかと。自分が方向転換をしたとき、どこまでそれを意識していたか分からないが、そんなことがあって宗教学をやることになり、今は死生学に取り組んでいます。文系的な考え方を通して、医療現場で起こっていることを考えていく。医療現場でも文系的な知識をぜひ必要としているのかと思われませんが、医療系の方たちと接触する機会が増えている状況です。



今日は代理出産、代理懐胎の話をしてします。私はこの方面で数年間勉強していますが、以前、ヒトの胚の利用のことで政府の委員会に入っていました。受精卵がだんだん胎児になる段階でそれを利用するという問題が、今は世界中で起こっている。それが認められるかどうかというとき、既に生殖補助医療では受精卵の利用、受精卵を作ることが盛んに行われている。そこで出てきている問題がいかに重要かを、その問題に関心を持っている方からいろいろ教えていただきました。日本産婦人科学会（日産婦）がいろいろ努力をされているが、やはりかなりいいかげんだという批判を聞き、そのとおりだと思ったことがあります。

今、代理出産は急速に進んでおり、向井亜紀さんの件もあり、あるいは諏訪マタニティクリニックの根津八紘医師が積極的にやっている。日本も法的な整備が必要ということで、日本学術会議で検討した報告書（参考資料）が、2006年4月にできました。この委員会でも私は参考人として発言をしました。資料にはごく一部の、倫理問題についての部分を抜き出していますが、ホームページ（日本学術会議・生殖補助医療の在り方検討委員会）からも取り出すことができます。今の日本で綿密に検討された代表的な文書で検討してみたいと思っています。これはかなりの法律問題であり、学術会議の中でも法学者中心の委員会があり、私も参加して検討しているところです。

皆さんは代理出産について、どのくらいお話を聞いているでしょうか。まずあらましを解説して、その後でこの文書の検討に入ります。いつごろから代理出産が行われていたかという、ある意味では相当古くさかのぼってしまいます。奥さんが子宮などにトラブルがあって子どもができない場合に、別の奥さんに夫の精子を入れて子どもを作るとは、いろいろなかたちで行われていたと思います。

現在のように医学が介入したのは、例えば根津さんの本では、1967年ごろに医学会への報告があると書かれています。もう一つ非常に参考になるのは、大野和基さんの、アメリカに取材に行かれて作った本です。1976年には、「代理母募集」のような広告記事が、アメリカの新聞に出ていたという記録がある。ですから、最初は医療関係者が介入せず、当事者たちが勝手にやっていたわけです。この広告記事はお金がかかわってきて、オークションのようになっている。何ドル出すかを当事者たちに言わせて、応募があった中から選んだという記事が出ています。その中に代理母「サロゲート・マザー（surrogate mother）」がある。

1978年に「試験管ベビー」、つまり体外受精が行われるようになりました。試験管の中、あるいはペトリ皿の中で受精をさせて、外にある受精卵を子宮に戻すことができる

ようになった。この段階から「ホストマザー (host mother)」ができるようになった。これは、妻の子宮は機能しないが卵巣は機能している場合に、卵子を外に出して精子と合体させて、そこでできた夫婦の遺伝子をもった受精卵を別の女性に妊娠してもらうやり方、これがホストマザー、「借り腹」と言ったりします。

それに対して「サロゲート・マザー」というのは、夫の精子を別の女性に注入して、妊娠させて子どもができるわけです。代理出産というのは、まずサロゲート・マザーが先行して、次第にホストマザーになってきた。ホストマザーが普通に行われるようになると、医学の介入もそれだけ多くなってきます。つまり体外受精には医学者が介入しなくてはならない。それと同時に、夫婦の遺伝子を持った子どもなので、依頼者（親）としては非常に望ましい。そのような形態が行われるようになりました。

アメリカの場合は、正当性が議論される前にどんどん行われていたことで、仲介業者が出ている。そこに名前が出ているノエル・キーンは悪名高く、どのようなトラブルが起こるかを考えずにどんどんやっていた人です。1997年に亡くなっていますが、ブローカーとして600人くらいの斡旋をしたということです。

1986年に生まれた子どもの「ベビーM事件」が有名です。代理出産の場合、依頼者は、経済的に豊かで社会的地位や学歴が高い人。おなかを貸す女性は、経済的に苦しく、大学なども出ていない場合が多い。この場合も、依頼者は学者や医師であり、労働者の女性が提供した。ところがその女性は、子どもが生まれた段階でどうしても手放したくなかった。依頼者のところへ押しかけて、何とか自分に育てさせてほしいと、一度は連れ帰った。裁判になり、依頼者が頼んだ側、貸した方が懐胎者とします。裁判では「懐胎者の子ども」と決まったが、誰が育てるかとなると、やはり経済的に豊かな人たちが良いとなり、依頼者へ戻したという事件です。

どのようなトラブルが起こり得るか。懐胎者は、非常に深刻な心理的・身体的な苦しみを背負う可能性があることが分かった。子どもがおなかの中にいるということは、男が想像するのはなかなか難しいですが、10カ月間おなかの中で育てた子を産み、それを手放すのは大変苦しいものがある。特にこの場合は、自分の遺伝子も入っている、自分の卵子で産まれた子でもあります。このような事件が起こった。

このころのアメリカは、まだ反対の世論が強かった。今では、認める州と認めない州に別れていますが、全体としては認める方向に進んでいると言えるかと思います。ニューヨーク州は厳しく、許さない。カリフォルニアやイリノイは進んでいる。進んでいる州の考え方は、子どもが産めないお母さん、子宮のトラブルや子宮の病気で子どもが産

めなくなってしまった人が、どうしても子どもが欲しいというのを医学的に助けることができるのに、どうして認めないのかという理由です。おなかを提供して報酬を得ることで、人を助けたい人はいくらでもいる場合に、なぜそれを妨げる必要があるのかということだと思います。

「ベビーM事件」以前・以後にもいろいろなトラブルがあります。障害のある子が産まれてくると、頼んだ人は引取りを拒否する。その後だんだんと契約を変えていき、トラブルが起きないように法整備というか、どのような意味の進化か分かりませんが、アメリカでは進化していると思います。

代理母が死んでしまった例もある。お姉さんが子宮にトラブルがあるので、お姉さんのために妹が妊娠してあげた。しかし、子どもに会いたいのをお姉さんがどうしても許さないで、それから姉妹の関係が難しくなってしまった例もある。このような例がいろいろあります。今は、アメリカの中にも反対の同盟もある状況になっています。

だんだん分かってきていることは、子ども側はどうなるのかということです。善意でやってあげる人は、子どもができない夫婦の立場で、その人のために何とかしてあげたいわけです。しかしその場合に、貸し腹で懐胎した女性の子どもはどうなるのか。子どもはまだ存在しない、しかしやがて存在する第一の当事者かも知れない。しかし、その子どもはまだ声を発することができないから、子どもの意思は反映しようがなく、想像するしかないわけですが、想像するには限界があります。子ども側の問題がいろいろありますが、後ほど、だんだん触れていきたいと思います。

アメリカは、この問題の規制は少なく、ヨーロッパのほうが規制は多い。今のところ、大体はアメリカのほうへ向かっているように見えます。特にブッシュ大統領の時代にはグローバル化が進み、アメリカをモデルにした経済システムが世界に広がっている。ヨーロッパは国家による社会主義的な、共同の利益を守るという意識が強いから、イギリスでは医療費は皆無料です。アメリカの場合、世界中から貧しい人が来て、経済的な格差が当然ある中で、豊かな人の望むことを達成するような自由主義をとっている。

現在のように世界が一つの社会になってくると、貧富の甚だしい違いのあるものが同じ環境で暮らす。世界中がそうになってきているし、日本もどんどんそうになっている。アメリカは、この間のハリケーンでたくさんの人が洪水で死んだ。そのほとんどが棄民で、普段から社会福祉は受けていないし、災害があれば死んでも当然と思われるような人たちのいる国です。

今はオバマ大統領が頑張っていて、どうなるか分かりませんが、保険を受けられない

人はたくさんいます。私の友達で、アメリカで映画作りの修行をしている人も、しばらくは保険に入れなかった。病気になったらどうするのか聞いたら、「寝ている」と言っていました。そのような社会です。日本もだんだんそうになってきて、病気になっても病院に行けない人は増えている。しかし、現在のグローバル経済というものを考えたら、やむを得ないことだと思います。アメリカは、そのようなシステムを前提にしてやっているということです。

そうしますと、貧しい人は、懐胎することで経済的な利益が得られて生活が助かる。お金があるけど忙しい人、あるいは体の弱い人は、人に妊娠してもらえばたくさんの利益が得られる。どこが悪いのかという話になり、今どんどん進んでいるわけです。

インドやフィリピンでは臓器売買が行われていましたが、禁止の方向へ一時向かった。今は臓器売買のツアーを禁止するようになった。日本人が、アメリカや他国に腎臓を買いに行く。小さな子どもは日本では心臓がもらえないので、アメリカで心臓をもらう。このようなことはやめようと WHO なども提言して、そちらへ向かっていた。だから、今の日本は脳死臓器移植の許容度を拡充したわけです。臓器売買も、実は禁止する理由がないのではないかという議論が、今はじわじわと強まっております。

日本では生体肝移植があり、腎臓にしる、肝臓の一部にしる、生きた人からもらったほうがいい。親戚や親子からもらえるのに、どうしてもほかの人からはいけないのかという議論になってくる。また、それだけのことをやってくれるのに、なぜ費用を払わないのかということになる。そうすると、臓器売買を禁止する根拠はなくなってしまうわけです。フィリピンなどは、今でもかなり行われていると思われまます。

インドは、2000年代に有償代理出産を合法化し、一種の産業として考える人もいる。インドの貧しい女性が、ヨーロッパやアメリカ、日本など、どうしても子どもが持てない夫婦の受精卵を子宮に入れて子どもを産む。その代わりに、お金を払う。大体100万円が先進国の基準ですが、インドへ行けば30~40万円です。それでインドでは何年分もの収入があるそうです。どうしてもそのような労働をしてはいけないのかという議論。国を超えればできることを、なぜ国内ではできないのかということにもなってくるわけで、タイ、ネパール、ペルーなどでも容認の方向だと、大野さんの本などにも書いてあります。

代理懐胎については、アメリカはどんどん進んでいるが、ヨーロッパの国はどちらかというと厳しかった。東京財団の研究グループが、フランスが最近変わってきているという報告書を今年の2月に出しています。フランスは1994年に生命倫理法が作られて、

かなり厳しいものだったが、だんだん緩くなる傾向がある。2004年に改正があり、また2回目の改正があります。

1994年の法律では代理懐胎は禁止されていました。しかし、ごく最近、アメリカで産まれた子どもを、フランスで、依頼者の子どもだと認める判決が出た。普通は産んだ人の子どもになる。産んだ人の子どもを、養子縁組して依頼者に移さなければいけないという、なかなか難しい条件がある。この場合は、アメリカで認められた子どもとしての資格を、そのままフランスに持ってくるようになった。フランスのいろいろなグループが報告を出しているが、どうもこのレポートを見ている限り、許容とはいかないのではないかと私は読んでいますが、事情が変わってきているということです。

日本も、脳死臓器移植を国内だけで考えていたときは、認めたくないという人が多かったが、外国へ行って臓器移植をする人がいるなら、国内でも認めなければならないのではないかと変わってきました。グローバルな社会の中で見ていくと、考え方を変えなければならないようなことがヨーロッパにも起こってきている。グローバル経済的な環境の下で考え直すと、今までフランス国内だけで考えていた基準が当てはまらないことが起こっている様子です。この中には「代理懐胎は一回しかできない」とか、「母親（おばあさん）はできない」という、いろいろな条件があります。

面白いのは、今の日本では、母親（おばあさん）の代理懐胎が進んでいるが、フランスの案では禁止となっています。まったくの他人か、近親者がいいのか。近親者の場合には、姉妹や義理の姉妹か、母親がいいのかということがある。それぞれの理由を考えると、それぞれに難しい問題があることが分かってくる。

母親ではいけない理由は、やはり母親は50歳代で、60歳以上の母親は難しいようです。でも、55歳でホルモン注射をして、子宮を機能させて子どもを産む。その後も更年期障害などが起こり、またホルモン注射をしてごまかす。子どものほうに何か影響はないのか。子どもが20歳、30歳にならないと分からないかもしれない。そのようなことが、フランスの判断では入っているのかと思われまます。

日本はあまり例がなく、少なくとも報告されていなかった。2000年代に入り、まずは根津八紘さん。彼は、とにかく何でもオープンにすべきだという考えの人です。困った人がいるならどうして助けないのか、医者はどうしてもすべきことだという強い考えを持っている。この人の表現力が影響力を持って、代理出産に賛成する人が世論調査で50%を超えます。韓国は代理出産が非常に盛んで、ある程度行われているが、世論調査をするとそれほど賛成は出ない。

どうしてこうなるのかというと、根津さんの発言や、あるいは向井亜紀さんも影響している。「マスコミはあまり深く考えない」と、私たちは言ってしまう。とにかくそこで困っている人が助かると、「よかった」となる。あの人のために何かしなければならぬ、幸せな姿を見れば、「よかった」と思うのは自然です。その人情を利用してというか、世論操作と言ったらおかしいかもしれないが、日本では賛成者が多くなっています。

しかし、倫理的な問題についての審議、あるいは医学的な検討をすると、学者や専門家は否定する状況が続いています。最近話題になったのは、インドに行って、ネパール人から卵子をもらい、インド人女性が代理出産をしたが、産まれる前に離婚した人たちがいた。結局子どもは引き取ったが、それはインドの法律では非常に無理なことをして、日本で引き取るという例がありました。

日本では一応「分娩者＝母ルール」と言っているが、法律家が四苦八苦しているところです。つまり、なぜ遺伝子の母ではなくて、産んだ人が母でなければいけないのか。このルールを変えていいという人も、当然いるわけです。

根津医師は 2001 年に、最初は姉妹に頼んで成功している。しかし彼は、ある時期（2006 年）から母親だけに頼んだ。今までに 11 組 13 人（双子を含む）成功したかなりの部分は 50 代の母親です。自分の娘を 26～27 歳で産んで、中には自分の子どもを 40 代までかけて 4 人産んで、そしてまた 50 代で孫を産んだ母親もいるわけです。

根津医師が母親に産んでもらった経験を、ジャーナリストと組んで本にしています。一番新しい本ですが、これを見ると、やはり妹や姉に頼んだ場合、トラブルがあったのではないかと思います。このへんが問題です。つまり、「成功した、良かった」という話が本になっている。しかし、うまくいかなかった部分はこちらが想像するしかないわけで、どのようなトラブルがあったのか、それもオープンにすべきだと思います。

恐らく夫婦仲が悪くなった。妹らは若いから、当然自分の子どもや夫に対する気持ちとは別に、人の子どもへ気持ちが行く。当然性生活ができなくなる。そのようなことが示唆してあります。それで母親にした。しかし母親の場合、50 代半ばを過ぎた人が子どもを産むのは何か変だと、医学的に調べなくては行けないが、調べるといっても例がないし、大体オープンにしたくないわけです。やってみてうまくいかなかったら、後で謝るといふ発想になるわけです。

いろいろな難しい問題が出てきたことも問題です。法律がなかなかできない、政府がしっかり審議をしない中には、代理出産を含めた生殖補助医療をどんどん推進すべきだ

というかなり強力な考えを持つ人が国会議員の中にいる。そうすると、それを規制する法案は提出できない。つまり、あまり考えてない人たちの中に、非常に強く進めるべきだという考えの人がごく少数、数人でもいると、なかなか法律が通らないということになります。2003年4月に厚労省で出した報告も法律にならなかったし、2008年に学術会議が出したのものも、法律になりそうもない状況です。

一応、2008年の報告書について申します。目次を見ると分かりますが、3で検討しているわけです。2が倫理的な問題の検討になります。医学的、倫理的、社会的、法的と言っています。これは医学の専門家、法律の専門家、倫理の専門家、それぞれが自分たちの主張をしているものを組み合わせた形でいいのかどうかという問題が一つあります。この倫理的、社会的側面からという記述は、私にはたくさん問題があるというか、十分に議論されていない気がします。

加藤尚武先生という方が中心になって、哲学的な面を主張しています。加藤先生は代理母をしてもいいという考えの方で、その考えは非常に強く反映しているわけです。医学者や法律学者のほうが、どちらかという問題があると言っています。倫理の問題という、本来は一番根本的な問題を指摘すべきところが弱くなっていることは否めない。

加藤先生の考えでは、「自己決定」が生命倫理の原則である。この場合、自己とは依頼者です。依頼者が最初の当事者という考えがあるから、自己決定から始まるわけです。懐胎する人も当事者、子どもも当事者です。当然、自己決定から始めていくと、自己決定の限界も述べているが、子どもの立場から考える、あるいは懐胎者の立場から考える視点が弱いと思います。

とても面白いことです。今、売買の対象になると、日本やヨーロッパは、業者に任せるやり方はしない方針で許容する。イギリスが既に先行していて、ほかの国もイギリス路線で行こうとしている。アメリカは売買是認です。インドや発展途上国もアメリカに従おうとしている。日本やヨーロッパは、第三者に頼まないということです。

第三者で、ボランティアで代理出産してくれる人が出てくるのか。そのことを期待するかなのような文書もあります。ボランティアと言っても、何も費用を差し上げないのか。もちろん医療的な援助はして、報酬の代わりに金銭的補償だという言う人もいます。これもよく分からない。おなかの中に子どもがいるお母さんは、普通の生活以上のエネルギーを使っていますから、その分ぐらいは出してもいいのではないかという話になってくると、それは報酬とどこが違うのかということになります。

根津医師の場合は、初めから親戚にしか頼みません。第三者にお金をやり取りするよ

うなやり方はしません。だから最近母親に頼むことになってきたわけです。逆に、日本の臓器移植は、親戚の人から生体間で移植をやっていますが、これにはこれで問題があります。例えば、断りにくくなる。娘は子どもが産めないが、母親は産める。それはもう認められている。根津先生がやっているとなると、母親は断りにくい。今は、肝臓がんになったら、周りの人は提供しなければならない可能性が高い。断るのは非常に難しいです。

妹に産んでもらった時に、妹は、子どもに深い気持ちが当然残ります。その後、どのように付き合っていくのか。うまくいく場合も当然あります。しかし、トラブルが生じる場合も当然あります。妹の子どものほうも、妹弟が取られたような気持ちを持つこともあると思われます。私も、娘が妊娠して初めて分かった気がするのですが、流産しそうになる。要するに、妊娠というのは命がけです。命がけと言う場合、親も命をかけているし、子どもの命もかかっているので、その場合にどのような判断をするかということです。そこにお金をもらってれば、お金のために何とかするというところもかかわってくる。もし、子どもが生まれなかったら報酬が減る、場合によっては全額取られることになる。そのような場面に追いやられるということもある。

子どもがおなかにいる間は、やはり親は、その子のためにはあらゆることをしたいと思っています。おなかの子どもに対して、邪険にする親もいると思います。しかし、産んだらすぐにまったくの他人という場合、子どもに対してきつい反応が起きないのか。一番心配なのは、障害などを持っている場合です。依頼者から、そのような子を頼んだつもりはないと言われて産まない。このへんは、契約によってトラブルが生じないようにしています。しかし、それでよいのか。

日本などの考え方では、産んだ人が母ですから、産まれた後で、やはり私の子としたいと言えば、何が何でも依頼者に戻さなければならないということではない。もし許容するとしてもそのような法律になるはずですが。しかし、アメリカなどでは、もう絶対に渡さなければならないことになっている。インドで産まれる子は、絶対そうになっている。そのような場合に、もう一生面倒見ない子をおなかの中で育てていることは、非常に悲劇的なものが入っているということが、十分に考えられるべきだと思います。

参考資料の検討は省略しているのですが、その問題についていろいろ述べてあることは、やはりまだまだ不十分だと私は思います。特に、おなかの中にいる子どもと母親の関係というのは、経験した人でなければ分からないこともあるし、障害を持った子どものことなどは非常に複雑です。そのことについて十分な検討が行われていくかどうか、

大変不安に思い、まだまだ議論しなければならない段階にある。

この報告書の大事なポイントは、一応禁止にする。だけど、試行すると言っている。なぜ試行していいかという理由が分からない。これは、まだ医学的にデータがないから、医学的なデータが得られるための臨床試験だというのは、医学の中ではよくある考え方です。しかし、この臨床データはどのように得られるのか。試しにやったとしても、ごくわずかな例しか出ない。その結果が分かると言っても、20年、30年待つということではない。人間関係的なトラブルについて、わずかな例からいろいろ判断することはとてもできない。だから、試行するという考え方は、非常に非現実的だと思います。

試行する場合の条件は、子宮がもともと無いか、完全に使えない人だけに限定する。もし、自分の子宮で妊娠した場合には非常に危険があるから、誰かに頼みたいという人はだめ。子宮がない人、あるいは子宮がんで子宮を取った人ならいい。しかし、これもなぜそうなのか。このようなことは、「滑り坂論」と言い、全体に否定ではなく、まずここまでは認めておこうとすると、ここまで認めたのに、次にこの人を認めない理由が示せなくなってしまい、どんどん広がっていく。実は、そのことを予測している。結局は全部解禁するのではないかという展望のもとに、まずはそこだけやってみて、世論の懐柔を図っていると思えるわけです。

最後のまとめで、私の考えを述べたいと思います。打出先生はだいぶ違いますが、代理懐胎を認める、積極的にやろうという考え方の産婦人科の医師、根津先生のような方は、私は立派な医師だと思います。たまたま根津先生がやって、そのうちどんどん深入りしていったということだと思います。しかしその場合、自分のやってきたことを正当化するために議論を組み立てていこうとすると、どのようなマイナスが起こるかは軽んじている。困った人がいるのを助けたいという、それ以外の理由はないです。

医療が陥りやすいことは、医療は善意によって成り立っていると考える人が、その善意をできるだけ広げていきたいと考えることです。認められない理由も大体はつきりしています。細かく見ていく必要があることを言いました。例えば、報告書の問題点で、売買はいけない。ボランティアで試行するということ。それなら、妹や母親の近親でやった場合、どのような問題が生じるかについてはほとんど書いていない。そのことについて、もっと丁寧に見ていかないといけない。大体このような理由になります。

依頼する女性、あるいは夫婦にとっては幸せへの道です。しかし、懐胎する人は被害が及ぶ可能性もあり、いろいろな危険をかけてやっているわけです。リスクがあまりにも大きいことがある。そのリスクは、よほど丁寧に言わなければ、初めから予想できな

い。見返りがある場合、そちらに気が向いてしまう場合があります。

われわれが判断しにくいことは、子どもの意思です。産まれてくる子どもが、どのような不利益を被るか。両方から見捨てられる子どもがあり得る。依頼者と懐胎者の間の葛藤に苦しめられる子どもがあり得る。AIDの人たちから精子や卵子をもらってきた子どもは、自分がそうだとすることが分からない。だけどそれを知る権利はある。一生分からずに死んでしまうこともあり得る。それでいいのかという問題。少なくとも養子縁組をすればしっかり戸籍に残りますから、この場合は分かります。それでもやはり、例えばお金のやり取りがあった場合、子どもはどう感じるか、分からないところがあります。

特定の人のためには幸せになっても、広く見るといろいろな害が及ぶことが考えられる。「滑り坂論」もそうですが、このようなことが広まっていったらどのようなことが起こるのか。貧しい女性なり、あるいは子宮のない女性の周りには女性、潜在的に人の妊娠を助ける可能性がある人になります。一部の女性が幸福を得ることが、別の女性たちの危険につながることもあり得ます。

医療も非常に難しくなります。これも私の強調点ですが、医療は患者（消費者）の欲求に従うようになってきている。患者の望んだことはやらなくてはならなくなってきた。典型的な例で、「ヒポクラテスの誓い」があります。医師は人の命を司ることができません。その中には、人の命を脅かすこともできるわけです。だから、普通の倫理より一段厳しい倫理がつかまとう。これが伝統的な医療の考えです。医者是人助けだということの中には、それだけ厳格で、人の命を脅かす可能性にも配慮していることがあると思います。

この場合、この人を助けたいという代わりに、懐胎者や子どもに危害が及ぶことを、医者はやらざるを得なくなることもあると思います。正当な医療として代理出産が認められれば、当然そのようなことも起こってくるわけです。

根津先生は大変自信家であるし、自分のやってきたことを良いことだと確信を持っていると思いますが、失敗例が本当になかったのかどうか、これは分からないわけです。このような問題があります。

例えばインドの女性で、喜んで代理出産をしたい人がいるとすれば、その考えが間違っているとは、その人の立場に立ってみればとても言えないと思います。フィリピンで腎臓を売る人が、それで家族を必死に助けている、間違っているとはとても言えない。人の子どもを代理出産することで、自分の子どもたちを何とか助けられる。その人の気

持ちになればとても否定できない。これは当事者の善悪として考えるのではなくて、システムとして考えないと、正当な医療に入るかどうかということで考えないといけないと思っています。

「人体の商品化や道具化」、これは安藤さんが話されると思います。全体として進んで、そのうちに入りますが、そうは言ってもよく分からない。女性の体を道具にしていると言っても、「私は別にどうされてもいい、それで働ける」という人もいるかもしれない。少しいまい言いで「暴力的支配関係の許容」と書きましたが、人によっては奴隷制に近いという人もいます。お金のために、普通の人リスクにかけないようなことを、あえてリスクにかけているということです。

暴力的に支配するために人の自由を奪うが、そこにお金を介入させると、あたかも自発的にやっているように見える。しかし実際は、相当に暴力的なことではないか。経済的に豊かならけっしてやらないことをやらせているわけで、そう考えてみたらどうかと思っています。似ているのは傭兵制で、自国を守るため、自国の若者を軍隊に入れるのは嫌なので、他国から雇い、戦争に行ってもらう。アメリカの中では、やはり貧しい人が軍隊に入り、イラクで死ぬということが起こっています。このようなことが似ているのではないかと思います。

最後に、生命倫理には4つの原則があると言われていますが、これはそれほど間違っていないと思います。「自律」は自己決定、自分で決めること。これがあまりに強調されすぎているところに問題があります。「正義」は主に平等ということ。ある人が特別に暴力的な抑圧を受けていることをなくそうではないか。これは今回にも該当しますが、私はこの問題は、「無危害」と「仁恵」との関係で考えたらどうかと思っています。

善意を言いました。ここで宗教がらみになります。隣人を助けようとキリスト教は言います。仏教は「慈悲」と言います。皆が慈悲や愛の精神になることは良いことです。医療でもそこが説かれるのですが、人の善意に期待するのは、実はその裏を考えておかないといけない。実はその中に強制が入ることがしばしばある。その裏面は「無危害」と考えてはどうか、そちらに敏感になる。

善意を施していても、実はそのことで人が傷つく。善意のつもりが、実は人の抑圧につながっていることが、人の世界にはとても多い。仏教で言うと、仏教は慈悲を説くと同時に「不殺生」ということが根本にあります。日本の仏教は戒律をあまり強調しないので、こちらの側面が忘れられがちで、「人を傷つけてはならない」ということ、無危害とはまさにそうです。

根津医師の場合は、善意の倫理を言っています。不殺生というとお肉を食べてはいけないとか、虫も殺してはいけない、そこまでいけば大したものです。女性の立場から、あるいはわれわれのような倫理について考えた立場から言うと、一番大事なのは、やはり人を殺さない、傷つけない。共に生きている人間同士が、いかにそのような暴力を避けていけるか、現代の中でどう生かしていけるかという問題だと思っています。

これで話を終わらせていただきます。(拍手)

安藤泰至（鳥取大学医学部准教授）

「生命操作システムにおける『見えざるもの』－生殖技術を中心に－」

安藤：安藤です、こんにちは。

私が金沢に寄せていただくのは今日で四度目です。とても好きな町で、これまで三回、観光で参りました。今回仕事で来られることになり、とても喜んでおります。生殖医療をめぐる講演会やシンポジウムで、今日のように宗教学者が二人呼ばれ、しかも二人とも男性というのは非常に珍しいと思います。



これまで公の場で語ったことはないのですが、生殖医療については、私は研究者としてこの問題を研究しているというだけでなく、実は「当事者」でもあります。私と妻の間には子どもはいません。いわゆる不妊カップルです。それで、もう 15 年以上前になりますが、体外受精を二回やりました。私は、今は医学部に勤めていますが、当時は前の職場にいて、生命倫理や医療倫理にはまったくノータッチだったころで、生殖医療については何の知識もありませんでした。

幸か不幸か、二回とも失敗しました。その時点で私と妻は、またこういう技術を使って子どもを作るかどうかについて話し合い、結果「やめる」という選択をしました。妻は、絶対に体外受精ではないと子どもができないというわけではなかったのですが、自然妊娠する可能性は非常に低い。ということで、自然にまかせて子どもができればもちろんそれでいいし、できなかつたら諦めようということになりました。妻はもう一回やってみいたいという感じが少しあったのですが、私のほうが「やめよう」と、かなり強く言いました。

その大きな理由を、この場でお話しするのは少々気恥ずかしいことですが、女性にとって生殖技術は、精神的にも肉体的にもかなり暴力的なところがあります。男性と女性では、子どもを産むまでの過程において担っている役割の多さが違います。男性は精子を出すだけですが、女性は卵子を排出する、体内で受精してそれが着床、妊娠する、10カ月胎児おなかの中で宿すなど、多くの役割を果たしています。私はその時の経験で、生殖技術は女性に対して非常に酷な技術だと思いました。たとえば、卵子を採るときは全身麻酔をかけますので、妻が採卵を終えて帰ってくると、へろへろになっているわけです。あるいは、受精卵（胚）を子宮の中に戻すと、48時間動いてはいけません。そのときの彼女の精神的に不安定な状態も見ていて、自分の愛する大切な女性にこのようなことをされるのは何か「許せない」という気になり、私は、かなり強く「やめよう」と言いました。結果、今は二人で幸せに暮らしていますが、そういう意味で、私には不妊の問題や生殖医療について「当事者」という面があります。

それでは、お配りしたプリントを基にお話ししていきます。二枚綴じられている字だけのレジメと、右側に新聞記事があって、左側に数字がたくさん並んでいるもの、そして図が描いてあるもの、合わせて三種類あると思います。

今日のお話の題を「生命操作システムにおける『見えざるもの』—生殖技術を中心に—」としました。「生命操作」という言葉は否定的な、どちらかというところとよくないニュアンスで語られることが多いですが、その言葉で何を指しているのかは、少し曖昧なところもあります。たとえばこれを英語で表現しようとしたらどうなるのか。「生命操作」をそのまま直訳すると「**manipulation of life**」となりますが、おそらく、ただ「**life** (生命)」と言っただけではだめで、たとえば、「**human life** (人間の生)」というように、「人間の」という語をつけないと、たぶん分からないでしょう。また、何をを使ってそれを操作するのかということ、たとえば「医療技術による (**through medical technology**)」とか「バイオテクノロジーによる (**through biotechnology**)」といった言葉をつけ加えないと、正確に表現できないのではないかと思います。

島菌先生がおっしゃったように、この技術は、たしかに私たちが生きる上での選択肢を広げていくということがあります。当然、それをどうしても使いたい人がいる。使いたい人がいて、使える技術があって、ほかの人に迷惑をかけなければいいのだから、一体何が悪いのか、というのが賛成派・肯定派の人たちの意見で、ある意味では単純です。しかし、生殖技術に限りませんが、新しい技術を「使っている」つもりでいて、実はわれわれが技術に「使われて」しまう、あるいは踊らされてしまう。そのことによって、

人間にとって大切なものを失っていくという側面があります。

もちろん、新しい技術というのは、最初に登場したときには何かしら「気持ち悪さ」のようなものがつきまとうことが多いものです。たとえば最初に写真の技術がやってきたときには、写真に写ると魂が抜けていくとか言って、それを怖がったり、嫌ったりした人が大勢いました。しかし今では、私たちは何も考えずに日常的に使っています。また、交通手段の発達や、パソコンなどのコンピューターの発達は、私たちからいろいろな時間を奪い、私たちの生活自体を何か悪い方向に変えている面もありますが、やはり便利だから、そういうことはあまり気にせずどんどん使っているということがあります。

生殖技術をはじめとする生命操作も、その種の問題なのでしょう。つまり、技術の進歩によってだんだん慣れていくと、今の私たちが「生命操作」と聞いて感じるような「気持ち悪さ」が薄れていくのでしょうか。あるいは、悪い面もあるが、やはり良い面が多く、それが私たちの生活をもっと豊かにしていくものだと言えるのでしょうか。そこを、少し立ち止まって考える必要があるのではないかと思います。島菌先生の話とは逆に、非常にラフな話になりますが、私たちのある意味素朴な実感のようなものから発するこのような論点を、きちんと言葉にして議論のなかに組み込んでいくことが大切です。

さて、私が生殖技術について最初にびっくりしたのは、1978年に、世界初の体外受精児がイギリスで誕生した時のことです。ルイズ・ブラウンという女の子で、その後看護師になり、今は結婚して子どもが産まれているはず。このとき私は高校3年生で、今でもよく覚えているのですが、新聞の第一面に大きく「世界初、試験管ベビー誕生！」と報じられました。今だったら、おそらくクローン人間が誕生したとでもいうような感じだと思いますが、非常にセンセーショナルでした。私は最初、試験管ベビーというのは、試験管の中で赤ん坊が培養されて、そこからパッと出てくるのかと想像しまして（笑）、すごいことができるようになったものだと驚きましたが、内容をよく読むと、試験管の中で精子と卵子を混ぜ合わせて受精卵を作って、それを産む人の子宮の中に入れて、赤ちゃんは普通にお母さんのおなかの中から出てくることを知って、少しガッカリしたような記憶があります。

この「試験管ベビー」という言葉は、もうほとんど死語になっていますね。今は日本でも、年間1万人以上、60人に1人ぐらいは体外受精で産まれた赤ちゃんです。なのでこのような技術は、もはや実験段階の技術ではなく、すでに通常医療の中に入ってい

るとみなす人もいるわけです。

さきほど島菌先生は代理出産の話をされました。滑りやすい坂 (slippery slope) の話ではないですが、いったんあるものが認められると、その次、その次と行って、前のものは当たり前となる風潮、これは生殖技術や臓器移植についてもかなりあると思います。もう少し立ち止まって考える必要があると思います。つまり、生殖技術を本当にわれわれは主体的に「使えて」いるのか、あるいはそれを利用したいと思っている人は、いろいろな選択肢が与えられた中で本当に「選べて」いるのか、そここのところが非常に疑問に思います。

世界初の体外受精児が産まれた 1978 年、これは後で知ったことですが、礼賛派の人たちは「不妊の女性に福音がもたらされた」と言い、反対派の人たちは「神の領域を人間が侵犯している。入ってはいけないところに人間が入りだした。怖いことだ」という反対の仕方をしました。こういう際に「福音」や「神様」といった宗教的な言葉が使われるのは、子どもを産み育てることが、やはり人間にとって、単に便利になればよいというようなものではなく、非常に根源的な価値や意味などに関わっているからだと思います。

生殖医療だけではないのですが、いわゆる「先端医療」と呼ばれるいろいろな生命操作技術を論じるときに、アメリカをはじめとする英語圏の生命倫理でよく使われるメタファーに「神を演じる Playing God」という言葉があります。これは、実は正反対の二つの意味で使われています。一方では、先ほどの例のように生命操作に反対する側の人たちが、人間は神の領域に踏み込んではいけません。人間の勝手な都合でもってそこに踏み込んではいけない、という意味で使います。逆に、日本ではあまり聞いたことはないのですが、礼賛派の人たちのなかには、「人間というのは、どんどん自分の殻を破って神に近づかなくてはならない。最終的には神にならないといけない」と主張するキリスト教の神学者が結構います。彼らは「神を演じる」という言葉を「人間は神を演じてはならない」という意味とは反対に、「人間は神を演じるべきだ、神になるべきだ」という意味で使うのです。

キリスト教では人間は被造物 (creature)、神によって創造されたものですが、こうした神学者は、人間はただの被造物ではなくて、神と共同の創造者 (co-creator) として、世界を共同で創造しているのだとか、あるいは、人間というのは今あるような人間存在すなわち「human being」ではなくて「human becoming」である、つまり今の人間を超えていく「超人」のような存在になっていかないといけないということを、あか

らさまに言っています。このような宗教的な語彙が持ち出されるのは、やはり生命操作に関する畏怖とある種の魅惑の両方が混ざっているからだと思います。

私の話としては（タイトルにありますように）「生命操作」という全体的な視点を保ちながら、まずは生殖技術を中心にお話し、島菌先生のお話にも出た、脳死臓器移植との比較を少ししたいと思います。まず「生殖技術」とは何を指すのか、についてはプリントの最初のところをご覧ください。一応、「生物医学的な知識に基づいて開発、応用されたヒトの生殖に関わる技術」を「広い意味の生殖技術」として定義し、それを「Ⅰ、産まないための技術」、「Ⅱ、産むための技術」、「Ⅲ、胎児や受精卵を操作、選別するための技術」という三つに分けました。狭い意味で生殖技術や生殖補助技術と言うと、このなかのⅡを指すのが普通だと思います。ただこの三つのタイプの技術は、いろいろな意味でお互いが非常に深く関係し合っていますので、一つ一つを見るだけではなくて、総合的に見ていく必要があります。

たとえば、「出生前診断」というものについてお聞きになったことがあると思います。出生前診断は「診断」ですから、おなかの中にいる胎児について、いろいろなことを調べるわけです。診断というのは、普通は「治療のため」にあるものです。もちろん治療ができない場合もありますが、障害のように治療ができないものについては、障害を持ってどう生きていくかをサポートするために、診断があるのです。そういうことからすると、出生前診断それ自体は別に「選別のための技術」ではないとも言えます。

ところが、日本でも海外でもそうですが、出生前診断でダウン症のように、トリソミーといって染色体の一组が本来は2本ずつしかないところが3本ある障害をもった子どもが生まれる確率が非常に高いとわかったときに、9割ぐらいの人が中絶する、ということがあります。今の日本の法律では「胎児に障害がある」という理由では中絶できませんので本当は違法なのですが、実際には行われています。つまり出生前診断そのものは中絶のためにするわけではないのですが、それがⅠの人工妊娠中絶と結びつくことによって、ある種のいのちの選別に利用されるかたちになるわけです。

また、体外受精というのがなぜそれほどセンセーショナルになったかという、それで不妊の人がたくさん救われるというだけではなくて、それまでになかった新しい倫理的問題を生み出すからです。本来、女性の卵子も受精卵も、自然な状態では女性の身体の外にはないものです。ところがそれが身体の外にあるということが可能になると、結局それは、いったいどのような存在なのかという問題が出てきます。特に、それが冷凍保存できるようになりますと、受精卵は物なのか人なのかという問題が切実なものにな

ってきます。古くから、人工妊娠中絶をめぐる議論の中で、胎児にはわれわれと同じ人権や生命権はあるのかないのかが問題になっていたのですが、それが新しいかたちで再燃することになったとも言えます。受精卵が女性の身体の外にあることで、もしそれが物であるなら、それはいったい「誰のもの」なのかという問題も出てきますし、その受精卵をES細胞研究など、難病の人を助けるための治療法を開発する医学研究などに用いることもできます。こういったいろいろな新しい技術につながっていく意味で、体外受精は非常に重要な問題であると、当時から意識されてきたことがあります。

このように、先に分類したⅠ、Ⅱ、Ⅲの生殖技術は、それぞれ非常に密接につながっています。「こういう問題で困っている人には、これこれの技術が利用できる、役に立つ」ということだけを考えるのではなくて、やはり技術全体のシステムを、何がそれらを推進する力になっているのかを考えないといけません。私が「生命操作システム」と名付けたのは、個々の技術を見るだけではなく、全体を見る必要があるということを強調したいからです。また、生殖技術は人のいのちの始まりをめぐる生命操作ですが、人のいのちの終わりに関しても、実は同じようなことが起こっていて、両方を合わせて「生命操作システム」の全体像を見ることも必要です。今日、脳死臓器移植の話を少ししたいと思ったのはそのためです。

いのちの始まりと終わりという、よく話題になりますが、日本では自宅で死ぬ人と自宅で生まれる人がどんどん減ってきたのはご存じのとおりです。「人口動態統計」で調べますと、1950年ぐらいから自宅で死ぬ人が徐々に減ってきて、病院で死ぬ人が徐々に増えてきています。最近では、病院より自宅で死にたいという人も少し増えてきて、在宅ホスピスなどのサービスがある所ではある程度そういう要望をかなえることも可能なので、今後は少しずつ変わってくると思います。1950年には自宅での死亡率が82%以上だったのが、現在では12~13%ですから、自宅死と病院死の割合は完全に逆転しています。

死に場所の変化と比べてみると、出産の場所に関しては、実はこの変化が非常に急で、1950年から1970年までの20年で圧倒的にガラッと変わっています。1950年には95%以上の方が自宅で生まれていたのに、現在はわずか0.1~0.2%です。私は1961年生まれで、自宅で生まれたのですが、このことを今の学生に言うと、「自宅で生まれたような人が、まだ生きていますか」と、化石人類でも見るような目で見られます(笑)。でも統計を見ると、1960年で自宅出産の率(全国平均)が49.9%ですから、このころはちょうど半々ですね。

こうして誕生と死という人生のメインイベントの場が、ほとんど病院に移ることによって、それまで医療あるいは医学の対象として見られていなかったものがその対象として見られるようになってくる、いろいろな事柄に対する視線が変わってくるということがあります。こういった現象について、ここでは「生と死の医療化」あるいは「誕生と死の医療化」という、少しラフな言葉を使ってみることにします。

不妊の人、子どもがほしくてできない人は昔からいます。古くは、『旧約聖書』に出てくるアブラハムの奥さんのサラがたぶんそうですし、江戸時代にも「嫁して3年子無きは去れ」といった非常に差別的な決まり文句があるように、(本当は男性に原因があるかもしれないのですが)子どもを産めない女は実家に帰されるようなことがありました。ところが、「不妊症」という言葉はそのころはなかったのです。あるいはそれを「治療」しようということもなかった。それでは「不妊症」「不妊治療」という言葉は、いったいつ発生したのでしょうか。

私は大学で、看護学生の卒業研究を受け持っていますが、一昨年、私のところで卒業研究をやった三人の女子学生が、不妊治療をテーマに研究し、熱心に勉強して、いろいろ調べてきました。たとえば、体外受精などで有名なクリニックを運営されていた70代半ばぐらいの医師が、引退後に大阪ロータリークラブで講演されたときの講演録があるのですが、その医師は、自分が医学生や研修医だったころには、「不妊症」などという言葉を知ることがなかった、と発言しています。時代的にいつごろかということ、1960年代初めぐらいのことです。つまり、自宅で人が生まれていた割合がまだ半分ぐらいあった時代には、不妊の人たちに「不妊症」という言葉は使われていなかったということです。病院出産が当たり前になり、出産や誕生が「医療化」されることによって、不妊が病気として「不妊症」と名付けられ、それを「治療」しようという動きが生じた、すなわち「不妊の医療化」が起こってきたことになります。

先ほど申しましたように1978年に世界初の体外受精児が生まれたのですが、これも非常にラフな話をしますと、このあたりから新しい医療あるいは生命科学の技術が、実際の医療現場で「先端医療」として脚光を浴びるようになってきて、それまでとは非常に質の違った生命操作技術が発展してきた、という印象があります。放っておいたら死ぬような病気の人を治療して治すのももちろん広い意味では生命操作であるには違いないと思いますが、1980年前後ぐらいから、そこにある種全く質の違ったものが入り込んできた印象を持っています。もちろんこれは質の差ではなくて量の差であると言う人もいますが、やはり技術というのはスーッと自然にすすんでいくのではなくて、ある段

階で飛躍的に進むところがあります。だから、還元すれば量の差なのだけれども、技術のある種の切れ味みたいなものがストーンと増してきたときに、あたかもそれが「質の差」であるかのように見える瞬間があります。それが、私は 1980 年前後に起こっていると思っています。

それを象徴するのが 1978 年という年です。大学の講義などでもよく話すのですが、この年は世界初の体外受精児が生まれただけでなく、「奇跡の薬」といわれた免疫抑制剤、シクロスポリンが開発された年でもあります。臓器移植についてはある程度ご存じだと思いますが、1967 年に南アフリカでクリスチャン・バーナードという医師が最初に心臓移植をやりまして、その後 1960 年代の後半に、日本の悪名高き「和田移植」をはじめとして心臓移植ブームが起きました。ところが、ブームはすぐにすたれてしまいました。移植を受けた患者の拒絶反応が非常に強いために長くは生きられず、移植を受けないほうがかえって長生きしていたりして、手術自体は成功してもあまり効果がないということで、拒絶反応を抑える薬がきちんとできるまでは進まなかったのです。それがシクロスポリンの登場で一つ大きな壁が破られて、欧米では 1980 年代から臓器移植が本格的に浸透していきます。

また、この 1978 年は、IVH が医療現場に導入された年でもあります。ご存じだと思いますが、IVH というのは中心静脈に直接栄養を入れる技術です。人間であれ他の動物であれ、口から食べ物を食べられなくなったら、死は遠くありません。それまでは口から食べられなくなった人は点滴ぐらいしかなく、点滴では延命にも限界があります。そこでこの IVH とか、少し後には胃ろうとか、現代的な延命治療の最たるものが開発されていきました。このように時期的にだいたい同じころ（1980 年前後）に、人の生まれるところと、人の死ぬところで、今はほとんど通常医療になっているような技術が、医療現場に導入されたわけです。

ここからは「不妊治療」として進められてきた生殖補助技術で、先ほどの生殖技術の分類でいうとⅡに当たるものについて少し詳しくお話します。図と表がセットになっているプリントをご覧ください。図 1、図 2、表 1、表 2、表 3 です。

先ほど体外受精は、今や 60 人に 1 人ぐらいがそれを使って生まれる、非常にありふれた技術になっているという話をしましたが、実態はどのようなものなのでしょうか。私がかつて当事者として体外受精の説明を受けたとき、そのクリニックの医師から、成功率はだいたい 30%だと言われました。30%という確率についてどう思うかはそれぞれ人それぞれでしょうが、たとえば野球で 3 割打者というのはかなりの強打者です。チ

チャンスに打席に立てばヒットを打ってくれそうな気がしますね。それで私は、そのとき30%と聞いて「結構高いな」と思ったわけですが、この数字は、ある意味でまやかしいのです。

成功率を出すときの出し方ですが（表1）、日本産科婦人科学会などが体外受精の成功率と言っているのは、実は一番上の計算式で、胚移植件数に対する妊娠件数の割合です。普通の体外受精の場合は、受精卵が4個から8個ぐらいに分割された段階（胚）で女性の子宮に戻しますから、それを何回戻したか（何個戻したかではありません）、それに対して、何回妊娠が起こったかということ成功率として出しているわけです。それに対して、普通の人「成功率」と言って思い浮かぶものは何かというと、三つあるうちの一番下の計算式のものですよね。たとえば、自然では妊娠しにくい、あるいは妊娠できないということで体外受精の適応になり、それをやってみることに同意して体外受精の準備をはじめた件数に対して、実際に元気な赤ちゃんが生まれてくる割合です。

産科婦人科学会が出している成功率と患者の立場での成功率で、その分母を比べると、胚の移植まではいかない人、たとえば卵子がうまく採れないとか、採れても卵子の質が悪かったり、受精しなかったり、受精卵も体外受精に使えるようないいものがなかったりする人もたくさんいます。つまり、分母は学会の計算式の方が小さいです。逆に分子の方を比べると、体外受精で妊娠はしたが途中で流産する人もたくさんいますから、分子は学会の計算式の方が大きくなります。つまり、本当は学会や医師が成功率として公表しているものよりも分母が大きくて分子が小さいわけですから、当然、実際の成功率はずっと低くなります。

実際に、2006年の体外受精の治療成績を見てみましょう。表2は卒業研究で私のところの学生が作ったものですが、産科婦人科学会の学会誌から数字を抜き出して、自分たちで計算したものです（産科婦人科学会で学会誌に出している数字は件数だけで、学会がこのような表を出しているわけではありません）これを見ると、医師が説明しているような胚移植件数に対する妊娠件数の割合（表でAと書いてあるところ）は28.9%です。これはあくまで全国平均ですから、実際には病院やクリニックによってそれより高い所も低い所もあるでしょう。それに対して、実際に患者の立場から見た成功率（表でBと書いてあるところ）は12.0%です。

そうすると、私がかつて聞いた30%という数字は何なのか、これはAの数字です。おそらく、技術力は病院によって差がありますから、病院によっては30%、40%の所は当然あると思います。だから嘘を言っているわけではないとも言えますが、われわれ

が実際に体外受精を始めてみようと思ったときに、実際に元気な赤ちゃんが産まれてくる確率は10%ちょっと、いくら技術力の高い病院でも20%行くか行かないかぐらいだと思います。さっきの野球の例でいいますと、打率1割2分の打者というのは、代打でも使ってもらえそうにない感じがします。本当にこれだけ差があるんです。

実は卒研の学生がこの表を作ったのは、ちょうどこの10年前の1996年に『生命操作事典』という本の中で、長沖さんという方がその下の表(表3)を作られていたので、学会誌の新しいデータを入れて同じ計算をしてみたというわけです。1996年と2006年の治療成績を比べてみると、ほとんど成功率は変わっていないことがわかります。10年間で体外受精の技術はそんなに進歩していないということです。非常に変わっているのは実施数で、体外受精だけで倍ぐらい増えています。凍結胚の使用は十何倍に増えて、桁が違ってきます。「顕微授精」というのは、男性の精子の側に非常に運動量が足りないなどの問題がある場合に、体外受精で女性の卵子にピンポイントで精子を当てる方法でして、これが飛躍的に増えています。全体の成功率はこの10年間大して変わっていません。

日本で体外受精児が初めて生まれたのは東北大学で1983年のことです。びっくりするのは、その1983年から1986年までの体外受精の治療成績が、産科婦人科学会の翌年の大会の講演記録として載っているのですが、これを見ると、医師の立場からの成功率、すなわち胚移植に対する妊娠率ですら9.7%、患者の立場で見た場合の実際の成功率はたった2.4%です。これを、産科婦人科学会は「成功率10%」と発表したわけです。つまり、本当は2~3%、30人に1人成功するかしないか、というレベルです。「人体実験」という言葉の使い方は人によっていろいろ違いますが、これはどう考えても「実験」です。とてもまともな通常医療のレベルとは言えません。

1986年という年は、初めて東北大学で体外受精を成功させた鈴木雅洲医師が、体外受精の専門病院、スズキ病院を東北で開設した年です。技術力がこの程度のレベルで、その専門病院ができています。いかにこの技術が、技術を利用する人たちの立場ではなくて、技術を推進して、実施例をたくさん増やして実験で精度を高めていく、推進していく側の人たちの理屈で進められているかということが、非常によく分かる例だと思います。

さて、先に「不妊の医療化」という言葉を使いましたが、不妊とはそもそも病気なのかどうか。これについては、私は何か回答を与えようとは思いません。「病気だ」と言う人がいてもいいと思うし、「病気ではないから、不妊でも全然困らない、治療する気

はない」という人がいても別にいいと思います。ただ、図1を見ていただくとおわかりのように、「不妊治療」という言葉が無反省に使うことは、大いに問題があると思います。先ほど島菌先生のお話の中に、代理出産について、それが「正当な医療」なのかどうかという言葉があったと思いますが、最初からそれを「不妊治療」というふうに言うてしまうと、「これは治療なんだから正当なんだ」と、ある意味同語反復になってしまいます。

そもそも人工授精とか、体外受精とか、卵子・精子を第三者から借りてくるとか、代理出産とかというのは、「治療」という枠に入るのだろうか、ということを問い直してみる必要があるように思います。もちろん私は、そういったものは「治療」には入らないから、絶対にやってはいけないという気はないんです。ただ、「不妊治療」という言葉が無反省に、そういったものにまで延長して使うことによって、抜け落ちてしまう問題があるということを強調したいと思います。

二つある図の左側に「本来の不妊治療」というふうに書いてあるのは、たとえばホルモン療法みたいに、不妊の原因になっているものを、何か薬とかそういうもので治すような治療法を指しています。あるいは、今はちょっと技術的に無理ですけども、たとえば卵管が細くて詰まっているために妊娠できない人に対して、卵管を拡げるための外科手術ができるとすれば、そういうものも含まれます。つまり、不妊の原因になっている部分を治療することで妊娠・出産ができるということであれば、それはおそらく「治療」という範疇に入ると思うんです。

ところが、今問題にしているような、人工授精や体外受精、あるいは第三者の卵子・精子の利用とか、代理出産といったものは、結局不妊の原因になっているものを治療しているんじゃなくて、それによって生じている障害を別の人工的なものでもって代替しているわけです。だから、本来それは「治療」という概念の延長線上に使えるのかどうかも、ちょっとやっぱり疑問があります。もちろん、その病気の根本を治すのではなくて、その障害を代替するようなものは全部「治療ではない」と言う気は、私には毛頭ありません。そんなことを言ったら、たとえば人工骨とかペースメーカーを入れたりとか、人工透析とかは全部治療じゃないということになってしまいますが、そう言う気はまったくないんです。

ただ、この生殖補助技術の非常に特徴的なところというのは、その技術の本性として、不妊の人以外にもいろんな利用可能性があるということですね。それから人の生殖、出産ということにかかわっているために、非常に社会的なインパクトが大きいということ。

さっきの島菌先生のお話の中にも出てきましたが、私たちのアイデンティティだとか、親子関係だとか、そういうことに重大な影響を及ぼすという、そういう面があります。

そうすると、本来は下の図に書いたように、こうした生殖（補助）技術全体を見渡しながら、私たちは、不妊の人々に対してはどのような技術をどのようなときに、どのような条件を満たせば使っていいのか、あるいはいけないのかということ、一つ一つ細かく論じていく。そして、不妊以外の目的でそれを使うことは、どういう場合だったら許されるのか、あるいは許されないのか、ということ論じていかなければならないはずで

たとえば、先ほど分類した生殖技術のⅢ、すなわち胎児や受精卵を「選別」する技術の一つとして、着床前診断というものがあります。着床前診断というのは、受精卵の遺伝子診断です。体外受精をやって、ある特定の病気の遺伝子をもっている受精卵を捨ててしまっ、ないものだけを選んで子宮の中に入れます。要するに、ある特定の病気の子どもを産まないために、たとえば、親とか親の兄弟（姉妹）とかにその遺伝子を持っている人や、実際に病気を発症しているような人がいた場合に、同じ病気の子を産まないために使う、体外受精にはそういう利用の仕方もあるのです。また、アメリカなんかは生殖医療の商業化が非常に進んでいますから、別に不妊でもないのに、独身の女性がたとえば精子バンクなんかで精子を買ってきて、自分の好みの精子を人工授精して子どもを産めます（精子ドナーの髪の毛の色から、体格から、学歴から、宗教から、全部選べるんです）。結婚して男性と一緒に暮らす気はないが、自分の子どもは産んで育てたいという女性もこの技術を利用できるわけです。

本来は、そういうことはどこまで許されるのかということを含めて全体的に議論をしなければいけないんだけど、そこに「治療」という言葉が使われることによって、なし崩し的にそれはいいものなんだと、その治療を求めている人々がいて、さっき「善意」という話が出ましたけど、その人たちを助けてあげる、サポートするのは当然なんだというふうにもって行かれちゃうということです。

ちょっと話が長くなってきたので、次に行きます。不妊（症）で悩み、苦しんでいる人に対して「不妊治療」が必要だと言われるのですが、実際に、不妊の人たちが「何に」悩んでいるんだろうかということを考えてみると、けっして単純ではないことがわかります。たしかに、表面だけ見ると、ほしいのに子どもができないということで悩んでいるんだ、とは言えるのですが、子どもができないことによって、その人は「何に」苦しんでいるんだろうかということ考えた場合に、そこにはいろんな問題があり得るわけです。

たとえば、子どもができないことで、自分のアイデンティティが揺らぐとか、あるいは近所の同年代の女性とか、夫婦とかと話が通じないとか。あるいは、何も事情を知らない他人から「何で子どもをつくらないの？」などと、非常に無神経に聞かれて傷つくとか。そういういろんな要因がそこにはあるわけですよ。

(幸い私と妻の場合は、いろんな好条件に恵まれていたおかげで、それほど深い悩みや苦しみには至らなかったように思いますが) そうした人たちの悩みとか苦しみというのがいかに深刻なものかということは、不妊の人たちのブログや掲示板、メーリングリストなどを見ていると、非常によく分かります。ただ、それがどういう仕方で解決されるのかというのは、いろんなパターンがあり得るということです。つまり、生殖補助技術を使って自分の子どもを持つ以外にも、養子をもって育てるという選択肢もあるだろうし(現在の日本ではかなりハードルが高いのですが)、自分が若い次の世代の人を育てていくということだったら、別に対象が自分の子どもでなくてもいいわけで、たとえば、地域の子どもたちのサッカーチームの指導をするということでもいいわけでしょう。もちろん、子どもをあきらめて夫婦二人の生活を満喫することも、はじめから一つの選択肢としてあるわけです。

だから不妊の悩みを解決するためにはいろんな方法があり、いろんな選択肢があって、そのいろんな人たちをサポートする手段もあるにもかかわらず、それが一義的に、子どもを持たないんだから、子どもを持てるようにするのが一番いいんだ、そうしたら医学でこういう技術があるから、それを使うことがいいんだというふうに、予め敷かれたレールにスッと乗せてしまうような働きを、この「治療」という言葉がしているんじゃないか。そこをやっぱりちょっと問い直したほうがいいんじゃないかと思います。

臓器移植についても非常に同じようなことが言えるんですが、さっき「システム」ということを言ったのは、この不妊治療の成功率、体外受精の成功率とかを考えてみても、成功者というのは本当にごくわずかだということです。ほとんどの人は失敗する、そういう構造になっているにもかかわらず、「成功の夢」だけがいささか誇大に宣伝されています。体外受精で失敗し続けている人の場合、もう20年以上やっている人もいます。もう女の方は、身体がボロボロ。排卵誘発剤などの害も非常に大きいですし、体力的にも精神的にもボロボロ、そうなっても、もうあきらめざるを得ないという最終通牒を突きつけられるまでがんばってしまう。

変なたとえなんですけど、これはギャンブルに似ています。ギャンブルっていうのは、掛け金が多くなればなるほど、負け込めば込むほどその負けを取り返そうとしてたくさ

んつぎ込んでしまうものです。「次こそは」と思うんですね。私も競馬をちょっとするんですが、負ければ負けるほどたくさんつぎ込まないと回収できない仕組みになっています（笑）。ギャンブルで大負けしないためのコツは、運の悪いときにはいったん「降りて」、いい風が吹いてくるまで待つことなんですがね。そういう意味で、変な言い方ですが、不妊治療から「降りられない人」がいるんです。ここまで頑張って、これだけお金も時間もつぎ込んで、精神的にもこれだけ集中して頑張ってきたのに、ここでやめたら今までの苦労はいったいどうなるんだというわけで、もうやめられない、非常に深刻な事態が発生します。問題は、生殖補助医療の構造自体、あるいはそれを「不妊治療」として推進していくシステム自体が、そういう人を非常に大量に生みだしてしまうということです。

だから本来は、最初にホルモン治療みたいなものから始めて、それではダメだったので次に生殖補助技術を使うか使わないかという段階で、やっぱりいろんな実態を知って、そこでいったん立ち止まって（他のいろんな選択肢を並べた上で）「選択」をすることが必要なんだけど、どうもそういう実態を知らない（知らされない）ままに、医療側の主導でスッとそういう「治療」に入ってしまう、みんながはまり込んでいっている、というのが今の状況じゃないかと思います。

もっとも、そういう技術を使って妊娠して、子どもが生まれた人は「成功者」なのかというと、これもいろんな問題を聞きます。たとえば、私は看護学の講座にいて、看護師さんから聞くのですが、長い間不妊治療（体外受精）をやってきた人で、実際に子どもが生まれると、わりと出産後の鬱になる人が多いらしいです。子どもに対して愛情がわかないとか、どう接していいか不安で鬱になる、そういう人が非常に多い。（今はもう死語かもしれませんが）「五月病」といって、希望する大学に入ったけど、5月ぐらいになったら全然無気力になって、やがて大学に出てこなくなる、そういう学生が問題になったことがあります。それとちょっと似たようなところがあります。「不妊治療」ということにあまりにも頑張りすぎて、もうそこで燃え尽きてしまう。本当に子どもが生まれることだけが、その人の一番大事なことになってしまっていたために、実際に生まれてきたら、ハッと力が抜けてしまう。そういうのは何となく分かるわけです。

つまり、本来だったら性交、妊娠、出産、子育てというのは連続した一連のプロセスなんですけど、それを人工的にぶつ切りにして、どこかを人工的に代替してしまうことによって、そういう自然なプロセスを途切れさせてしまうということです。そこがやっ

ぱり大きな問題だと思っんです。

2枚目のプリントのほうに急いで行きます。生殖補助技術は、さっきの着床前診断(受精卵遺伝子診断)なんかもそうなんです、いのちの選別にかかわるような技術(生殖技術の分類のなかのⅢ)とも非常に深いつながりがあります。実際、体外受精で使うときには、精子というのはそのまま精液をボンと混ぜるということじゃなくて、精製というのをやります。具体的にいうと、精子のいいやつだけを濃縮するんです。このときの精子の精製に使う技術と、(みなさんも名前を聞いたことがあるのではないかと思います)「パーコール法」という男女産み分けのための技術(X精子とY精子を比重の差によって分離することで男女を産み分ける技術)は、実は同じ遠心分離の原理を使って、同時に開発されてきたものです。つまり、同じ原理を使った基本的に同じ技術が、一方では男女産み分けのために使われ、一方では体外受精の開発・改良のために使われるわけで、日本では慶応大学が一番早かったんですけど、同じ研究機関で研究が進められてきました。

だから、テクノロジーというのは、それが正当化されるときには必ず、こういう困った人がいる、その人を助けるためにはこういう技術が必要なのだ、こういう技術を使わないとそういう人々を助けられないんだと言われます。そういう目的は、もちろん「タテマエ」としてはあるんです。研究のときに、必ずこれはどういうふうに社会の役に立つとか、どういった人を助けるかということアピールしないと、研究費がもらえませんから。ただ、そうした技術に、どういった利用の仕方があり得るか、他のどういった技術の開発に結びつくかについては、技術を推進している側で「本音」としてはもっているけど、それをはっきり言うと叩かれるので隠しているために、世間には全然伝わらないということもいっぱいありますし、そういう推進者たちにすら予測もできないような技術の展開可能性もあります。こういうことはよく考えていかないといけません。

それから、私たち人間、ヒトの生殖を人工的にコントロールするということになると、やっぱりかなりの人が「気持ち悪い」というイメージを持つでしょうが、動物ということでは、いわゆる畜産というのはその最たるものです。先ほど代理出産の話がありましたが、代理出産が一番よく使われている動物は牛なんです。肉牛の子どもを、乳牛のメスに代理出産させるんです。そうすると、肉牛よりも乳牛のほうが身体が大きいですから、乳牛が肉牛の子どもを妊娠することで、母体にかかる負担が少なくなるんです。しかも、子どもを産むことで、乳牛のお乳が、牛乳がたくさん出ますから、一挙両得で非常に経済効果が高くなる。家畜は人間のための経済動物ですから当たり前なのですが、

そういう「経済的な価値」に基づいた生殖の操作ということが、ここでははっきり前面に出ています。

どうしても生殖技術の問題は、いわゆる優生思想とか、優生学とかいったものと切り離せないところがあります。「価値のある人間」と「価値のない人間」の選り分け、後者を抹殺していこうとするような優生思想は、かつては国家政策としてやられたわけですが、このごろは、一見「個人の選択」というようなかたちに任されているように見えて、実際には同じようないのちの選別が行われているんじゃないかと、警告をしている人が少なくありませんが、こういう傾向は生殖技術という技術の本性のなかに必然的に含まれているということ、生殖技術というのは（一見そうは見えないものも含めて）全体としてのいのちの選別ということと深くつながっているんだということを、やっぱり押さえておかないといけないんじゃないかと思います。

プリントの3の2のところにある「選択」と「選別」の連続性についての話は、本当はしたいんだけど、時間の都合で今はカットしまして、次に、もう一度臓器移植の話を簡単にやりたいと思います。2枚目のプリントの最後のところに、私の書いた最近の論考で今日のお話に参加になるものを挙げているのですが、その一番下に書いてある『宗教と現代がわかる本』という本、（別に本の宣伝に来たわけじゃないですが）1,680円にしてはかなり内容が詰まっていて、大変お得です。その中に私は、「臓器移植医療における『弱者』とはだれか？」という短い論文を書いていますので、お読みになっていない方はそれを読んでいただければと思います。

それから、生殖技術と臓器移植という、ほぼ1980年前後に同時に進行してきた二つの医療の比較みたいなことは、その上の『生命の産業』という本、これは大阪市大の佐藤光先生という方がやっておられる「バイオエコノミクス研究会」という研究会のメンバーの四人で執筆した本なんですけど、その中の第4章にかなり長い、100ページぐらいの論文を私が書いていて、そこで詳しく論じていますので、ご参考になさってください。

脳死臓器移植については、この中にもおそらくいろんなご意見を持った方がおられると思うんです。去年、国会で臓器移植の改正案についての審議が行われ、提出された案のなかで最も移植推進を唱っているA案が衆議院、参議院を通過して、今年から施行が始まることになるわけですが、そのときに、前の旧臓器移植法の論議でもそうなんですけど、「脳死というのは人の死なのかどうか」ということが非常に議論的になったのです。実は、私は少なくとも、脳死は人の死かどうかということだけに議論の焦点を当てるのはおかしい、とずっと思い続けています。

まず、「脳死」というのは言葉を使った瞬間に、実は初めに置かれるべき大問題がクリアされてしまっているというか、それが問題だということが隠されてしまっていると思うのです。たとえば、脳死は人の死だと思ふということと、脳死臓器移植をもっと推進すべきだということは、イコールでは結びつきませんし、逆に脳死は人の死だと思わないということと、脳死臓器移植はやめるべきだったということともイコールでは結びつきません。そこにはいろんな立場があり得るのですが、一般的に言うと、「脳死は人の死だ」という人は、脳死臓器移植に対して許容的な方向へ行つて、逆だと反対的な方向や慎重な方向に行くというのはたしかにあります。

ただ、この「脳死」という言葉というのは、最初に人工呼吸器がICUの現場に導入されたときは使われていなかったということが重要です。現在「脳死」というように呼ばれている状態は、最初は「超昏睡」（フランス語で *le coma depasse*、「一線を越えてしまった昏睡」という意味）とか、「不可逆的昏睡」（もう逆にはならない、回復することはけっしてない昏睡）とか、そういうふうに使われていたわけです。こういう状態について、「脳死 **brain death**」という語が使われるようになったのは、実は臓器移植との絡みの中においてなのです。つまり、そういう、もう回復の望めない状態の人にそのまま人工呼吸器をつけておいて、心臓が止まるまで（かつての普通の死の基準に達するまで）生かしておくことで、結局何が問題かという、一つは経済的な問題があるんです。そういう状態の人を一日「生かして」おくだけで十数万円ぐらいの医療費がかかりますし、もう回復が望めない人がICUに入っていることで、集中的に治療すれば回復可能なほかの人がICUに入れないうとか、そういう医療資源の配分という問題もあります。それから、回復もしないのに、機械的にただ延命だけさせられているのは、その人の尊厳みたいなものを無視しているんじゃないか、という問題ももちろんあります。

だけど、それだけの話だったら、別にその人が「死んでいる」という必要はまったくありません。その状態の人を何と呼ぶか、「脳不全」と呼んだって「不可逆的昏睡」と呼んだっていいと思うんですけど、そういう状態になった人は、もう延命しても意味がないし、本人の尊厳を傷つけるから人工呼吸器を外して死なせてあげましょうという、今で言うと、消極的安楽死とか、延命治療の停止とか、それが是か非かという問題だけで済むはずなんです。その人はすでに「死んでいます」というようなことを言う必要はないわけです。

ところが、そこに脳死臓器移植というのが絡んできたときに、「その人は死んでいるんですよ」というようなレトリックが出てきた。これは、多くの人が非常に誤解してい

るところなんです。まず「脳死」という事態が先にあって、そういう状態になった人の臓器を誰かほかの人に使うというように、「脳死」というのが先にあって、その後で臓器移植の問題が出てくるんだというふうに誤解しているんだけど、これは、私は根本のところでは違っているんじゃないかと思うんです。ここで、お配りしたプリントにある図の2と3をご覧ください。この図についてきちんと説明しようと思うと長くなってしまいますので、ここではごく簡単な説明にとどめます。

よく脳死臓器移植を美化するキャッチコピーとして、「いのちの贈りもの」だとか、「臓器移植は愛の医療です」とか言われたりしますが、ドナーになる人、臓器をあげる側の人は、臓器をもらう人に対して、直接「何かをあげる」わけではないのです。実際にはドナーとレシピエントは匿名関係であるのが普通なので、ドナーは贈り物の場合のように、「この人に」臓器をあげたいといってあげるわけではないのです。もちろん主として近親の間で行われている生体移植（生体肝移植や生体腎移植）は例外です。脳死臓器移植に関しても、日本の今度の新しい法律では親族間の優先提供というのが認められるようになってはいますが、実際にどれぐらいそんなものが起こるか考えたときに、脳死になる確率なんて100分の1ぐらいのものでありますから、そういう人の親族にたまたま臓器移植を必要としている人がいる確率は相当低いはずで、実際にはおそらくほとんどないんじゃないかなと思います。

そうすると、本当はドナーの臓器というのは、直接レシピエントの人に贈られているわけではなくて、この図のように、脳死臓器移植を動かしているこのシステムに「提供」されて、そのシステムにおいて医学的な適合性や、待機の順番や待ち時間など、いろいろなものを勘案しながら、一つ一つの臓器が特定のレシピエントに「配分」されていくというかたちになっているわけです。

脳死臓器移植の場合、ドナーになる人というのは、そのちょっと前までは、なんとかその人の生命を救うために医師（救急医）によって懸命な治療が施されていた「患者」だったというのが決定的に重要です。その人の救命があきらめられたときに、その人の臓器が、今度は「別の患者を助けるために」利用されるということです。そうすると、一番の問題点というのは、このドナーになる人というのが、一体いつの時点から「ドナー候補」になるんだろうかということなのですが、これについてはほとんどの人が誤解しているように思います。つまり、「脳死」ということが診断として確定した後に、その人がドナーになるかどうか（その人の臓器を移植に使うかどうか）ということが問題になるのだ、というふうに想像している人が多いのですが、これは誤解です。

プリントの右の図（図3）を見ていただきたいんですけども。この図はけっして医学的なものではありません。「イメージ図」と書いたのはそのためです。脳に重大な損傷を受けた人が「脳死」状態を経て死んでいくときのプロセスをイメージしたものです。横軸が時間軸だと思ってください。縦軸が、人がどのぐらい身体的に（脳の状態も全身状態も含めて）死というものに近づいていくかを表している、つまり下に行けば行くほど状態が悪くなっていくというふうに考えていただければけっこうです。

この図で、Aの状態にあるときには人は生きていますし、適切な治療を施せば回復可能な状態にあります（もちろんそういう治療技術をすべての医療機関や医師がもっているわけではありませんし、救命・回復はあくまで可能性にすぎません）。Cの状態になってしまった人というのは死んでいるわけですが、現在一般に「脳死」と言われているような人というのは、この図ではBの状態にある人ということになります。AとBの境にある点線で書いた線が、「蘇生臨界点（point of no return）」を表していると考えてください。Bの領域に入ってしまった人はもうこの線を越えてしまっているので、いくら治療しても回復する可能性はありません（こういう意味で、現在「脳死」と呼ばれている人につけられた最初の命名「超昏睡＝一線を越えてしまった昏睡」というのは非常に事態を正確に言い表しています）。

大切なことは、脳に大きな損傷を受けた人がいつの時点で、この臨界点を越えたのか、ということはいわゆる「脳死判定」というのは、その人の身体がいかに治療しても回復しないような状態にあるんだということを確認するために、つまりもうその人はAの状態にはなくて、Bの領域に入り込んでいるんだということを確認するためにあるわけです。

実際にアメリカでは、脳死に近い状態で医師に「脳死」だと言われ、「臓器提供されますか？」と勧められたけど、家族が「いや、そんなのは絶対嫌です」と断って、「最後まで懸命に、心臓が止まるまで治療を続けてください」と言ったために、懸命な治療が続けられた結果、仕事を探せるぐらいまで回復された方がいます。これは、普通は、「脳死」というのが嘘だったとか誤診だったというような話になるのですが、私は、これは必ずしも「誤診」という、診断の精度を上げれば多くが避けられるような問題ではなくて、脳死臓器移植という医療の構造から来ている問題だと思います。この患者は、治療によって回復したわけですから、医師に「脳死」だと言われ、救命治療をあきらめ

て臓器ドナーになることを家族が打診された時点では、Aの状態にいたということです。

その医療現場の技術力とか、どのぐらい懸命に救命治療をやるかということによると思うんですけど、Aの状態にある人であっても、要するに、治療をあまりしないでおいたら、もう当然Bの状態に移行していくわけです。Bに移行してしまった時点で、今の日本で言うと「法的脳死判定」みたいなことをやったら、当然「脳死です」という判定が出ます。しかし、先ほども言いましたように、一体いつの時点でこの線（蘇生臨界点）を越えて、Aの状態からBの状態に移ったのか、ということは分からないわけです。脳死についての初期の文献で、ジャーナリストの中島みちさんが1980年ごろに書かれた『見えない死』という本がありますが、この「見えない死」という言葉は「脳死」という事態を非常によく表現しています。医師でも脳死は見えないんですよ。いろんなテストをして、多分こういう状態なのだろう、もう救命・回復は期待できないだろう、ということはある。ただ、いつその一線を越えてしまったのかは、見えないし、分からないのです。

先ほどのような例が示しているのは、いわゆる脳死臓器移植において、それまで懸命な救命治療を受けていた患者がある時点で「ドナー候補」になる、そういう視線を向けられる時というのはいつかということ、（もちろんすでにBに行ってしまった場合もあるだろうけれども）まだAの状態にある時でもあり得る、ということです。ここで重要なのは、その人を脳死にさせないための治療法ということと、臓器移植に向けてその人の臓器を新鮮に保つための医学的な措置というのは、まるっきり逆だという事実です。

つまり、簡単に言うと、脳死にさせないためには、脳の腫れをできるだけ取らなくてはいけません。そのためには、体を脱水状態に近いような状態にもっていく。点滴の量を必要最小限に減らし、尿をどんどん出して脳の腫れをできるだけ取るわけです。体を冷やした方が脳の腫れは抑えられますので、日大板橋病院の林医師がやっているような脳低温療法という治療法もなされています。ところが、臓器を移植に使おうと思ったら、これは野菜なんかと同じですが、臓器をみずみずしく保つために、点滴で輸液をたくさん入れて、抗利尿剤を入れて、要するに体の水分を増やすわけです。つまり、まったく逆のことをやるわけです。だから、もしまだこのAの状態にある人に、もうこの人はいずれ脳死になるからと、救命治療をあきらめて臓器ドナーにするための措置を施したら、確実に一直線にBの状態、すなわち「脳死」になってしまいます。だから、こういうことは「脳死」判定の確実性とかいった問題ではなくて、脳死臓器移植というシステムの構造上の問題なのです。

よく、日本で脳死臓器移植が進まないのは、「和田移植」の後遺症で、医療界に対する不信があるからだ、というようなことが言われるのですが、たしかにそういう部分は否定できません。ちなみに、和田移植は、検証したらはっきり分かるように、まったくの「殺人」です。ドナーになった人も脳死でもないし、レシピエントになった人も、あの手術をやらなければ絶体絶命っていうような人ではなかった。だから二重に殺人なんです。

それはもちろんあると思うんですけど、それではそういう不信感がなくなったら、つまり強引に移植医療を推進するために医師が脳死でもない人から臓器をとるようなことがなくなったら、脳死臓器移植への不信感は消え去るのかというと、それは違うでしょう。私は脳死臓器移植という医療システムを支えているのは、根本的に人のいのちを天秤にかけて、「こっち側を犠牲にして、こっち側を助けましょう」という思想だと思うんですね。だから、そのあたりのことをきちんと理解しないと、「移植を受けないと助からない、かわいそうな人がこんなにいます。この人たちを見殺しにするつもりですか」という推進派のレトリックにまんまと乗ってしまうのです。

先ほどの生殖医療の場合と非常に似ているのですが、レシピエントになる人、つまり実際に移植手術を受けられる人というのは本当に少数です。アメリカのように非常にバンバン臓器移植をやっている所でも、移植を希望している患者さんのうちの、本当に小さな割合の人しか移植は受けられないんです。多くの人がずっと移植を待ち続けて、希望だけは持たされながら、そのかいもなく亡くなっていくわけです。

そうすると、ドナーになる人やその家族も、またこういう移植を待っている患者さんも全部含めて、脳死臓器移植というこのシステムのなかにみんなが巻き込まれていきながら、それによって幸せになる人はごくごく少数で、このシステムだけがどんどん増殖していくという、さっきの生殖医療と非常に似た構造になっていることがわかるでしょう。だから、そのシステムの全体を見ないで、一部分だけを見て、こういう素晴らしい技術を開発されたから、移植によって助かるこの人たちをもっとたくさん助けるべきだと、そこだけに注目したら、この医療をもっと進めるべきだという議論にしかいかないんです。これはさっきの不妊の人たちの場合と一緒なんです。

だけど、そういう議論で果たしていいんだろうかということは、やっぱり考えなければいけないことです。2枚目のプリントの右側のほうで少し書いていますが、私が講義で脳死臓器移植についてこういう話をした後で学生にレポートを書かせると、たとえば、「先生の言うことはよく分かるけれども、どうせ助からないんだったら、その人の身体

を社会に有効に使ったほうがいいんじゃないですか」と書いてくる学生っていうのは結構いるんですね。だけど、これは本当に怖い考え方だと思います。

ここでは詳しくは説明する時間がありませんが、たとえば戦争中に、皆さんご存じのように、日本の「七三一部隊」みたいに、強制的に微罪で逮捕してきた外国の捕虜をわざと細菌に感染させて、そのまま生きてまま解剖するとか、そういったひどい人体実験が行われたわけです。ナチスドイツの医学者も同じようなことをやったわけです。ものすごく非人道的な、悪魔みたいな医師がそういうことをやったのかというと、ほとんどはそうじゃない。もちろんそういう医師もいたかもしれないけれども、ほとんどは平均以上の良心的な医師、家庭では良き父であって、普通に世間的にも尊敬されているような人たちだったわけです。

ところが、人の生命を助けるべき医師が、なぜそんなことに手を染めちゃったのか。やっぱり戦争という状況が彼らを後押しした面が大きいと思います。ナチスドイツの場合、収容所のユダヤ人について、医師や医学者には「どうせこの人たちは殺される人なんだ」という意識があったのでしょ。自分たちがわざわざ殺すわけじゃない。だから、「どうせ殺されるその人たちを、医学の発展のために、将来の病気の人たちを助けるために利用して何が悪いんだ」、という形で自分たちの行為を正当化したわけです。実際には良心の呵責とかを感じていただろうけれども、そういうのが自分に対する言い訳、大義名分にもなったわけです。日本の七三一部隊の場合も、人体実験の対象にされた当時の中国人などに対しては、まさに同じように、「どうせ（戦争によって）殺される人たちなんだ」という意識があったと思います。そうすると、先ほどのように、「どうせ助からない人なんだから、この人の身体を他の患者のために、あるいは医学の発展のために有効利用すべきだ」という考え方を進めていくと、やっぱり非常に怖い、と私は思っています。

最後にプリントの5のところ。私のような話をすると、大体生命倫理学のなかでは嫌われます（笑）。そもそも「生命倫理学」ってどういう学問なのか、どういう人たちがやっているかをご存じない方もいらっしゃると思うんですが、特にアメリカなんかの英米系のバイオエシックスというのが、今までどういう役割を果たしてきたかという、大体次のようにまとめられると思います。「先端医療」と呼ばれるような新しい医療技術によって、それまでになかったような社会的な問題とか、倫理的・宗教的な問題とか、法的な問題が生じてきたときに、本来はそうした問題について根本的なところから考えるというか、それは結局は「生とは何か？ 死とはなにか？」ということを私た

ちが徹底的に問うことを必要とするわけです。ところがいわゆる「バイオエシックス(生命倫理学)」というのは、そういう問題について徹底的に考えるのではなくて、あるいは徹底的に議論して結論が出るまではそういう新しい医療技術に待ったをかけるというのではなくて、そういう新しい医療技術が社会の既存の価値観などを揺さぶるような場合には、その地ならしをするというか、新しい技術をうまく社会に軟着陸させる、そういった技術に対する根本的な反対を押さえ込みながら、基本的には技術や研究を推進する方向を是認しつつ、それがあまり極端な社会的不平等をもたらしたり、弱い立場の人たちを食い物にするといった人権侵害を引き起こさないようにチェックしながら、ある種の調整役のようなものを果たしてきた、と言えるように思います。

私みたいに、「生命を操作するような医療技術というのは、実はきわめてうさん臭いんだよ」というような話をすると、生命倫理学の学会などではたいてい嫌われます(笑)。もっぱら生命倫理の専門的で細かい議論をやっている研究者には、私のようなラフな議論は「素人くさい」とバカにされることもあります。ただ、言いますけど、むしろこういう問題を考えるときには、学者の専門的な議論の蓄積よりも、素人が持っている感覚、何もそういう知識のない人が持っている感覚というのが非常に大事なものだというふうに思います。「生命操作」という言葉を聞いて、「何か気持ち悪いな」と思う普通の人の感覚が大切なのです。もちろん気持ち悪いから反対だというふうには言えません。「気持ちが悪い」という感覚は反対の根拠にはなり得ません。しかし、私は、そういう(ある意味素朴な)感覚ってというのは、いろんな技術が実際に使われるとき、あるいは実験的にそういう技術が推進されていくときに、私たちに「見えていない部分」「隠されている部分」というものを発見するためのアンテナのようなものとして、そのためのツールとしては、十分役立つのではないかと思います。生命操作をめぐる全体のシステムのなかで、実際にそういった医療技術にどの程度の科学的な妥当性があるかということや、あるいはどの程度の人がいろんな選択肢が与えられているなかでそれを主体的に選ぶようなことができているのかということ、個々に見ていくときに、そのシステムの一部だけを見ていたのでは見えにくいような「気持ちの悪い」部分を発見しやすくなるということです。

たとえば、「生命操作」なんて言っているけれども、実際には「操作できていない」という事実があるわけです。臓器移植の原理は簡単で、いわゆる「パーツ交換」です。自分のものは使えなくなったから、ほかの人のパーツと交換しましょうという発想です。臓器移植が可能になったことで、実際に(人間の体のいくつかの部分については)すで

にパーツ交換ができていたんだ、と言う人がいます。たとえば、私の友人の生命倫理学者の中には、臓器売買についてもすべて反対じゃないという人もいます。その人に言わせると、「すでに臓器移植というパーツ交換ができています。パーツ交換ができるものは、自然に商品化していくのが世の中の流れだ。臓器の商品化を認めない、といくら頑張っても、長期的には絶対そうなるんだ」ということです。しかし、私がそのとき彼に言ったのは、「一体、パーツ交換って本当にできているんですか？」ということでした。

つまり、臓器移植を受けた人が、拒絶反応を抑えるために一生免疫抑制剤を飲まなきゃいけないということ、移植を受けてもやっぱり助からない人もいっぱいいるということは、実際にはパーツ交換はできていない、ということでした。移植を受けなかった人と、受けた人とで、どのくらいその後の生存率の差があるかについてすら、はっきりしたデータがありません。母集団が限定されたデータはいくつかあるんですけど、全体的でかなり網羅的なデータはないです。だから、臓器移植は「パーツ交換の原理」に基づいた医療ではあっても、実際にそれによって「パーツ交換ができています」わけではないのです。

それから、生殖技術にしたって、体外受精がどれだけ普及して一般化してきたといっても、さっき言ったように、平均すれば成功率は1割ちょっとなんです。アメリカなんかはもうちょっと高いです。日本の場合は、少子化のせいで、本来はあまり技術力のない産科の病院とかが、赤ちゃんの数が減って経営難になるのを防ごうと、こういう市場に参入しているところがあって、そういう技術力のない病院が全体の成功率を下げているというところはあるんですが、少なくとも日本の場合は実際にこんな状態なわけです。そうすると「まだほとんど人体実験ではないか」というような技術が平気で使われているわけで、それをもって、「生命を操作できている」なんてとても言えないわけです。

ここで「生命操作」をめぐる象徴的な話を一つだけしたいと思います。そうした生命操作技術の裏側、見えない部分に一体どんな風景があるのか、ということがよくわかる例です。数年前ですけども、アメリカでクローン猫が初めてできたときに、テレビのニュースを見ました。そのときに、猫のクローンの作製を依頼した人、すごい金持ちそうなミンクのコートを着たおばあさんが、そのクローン猫を抱いて番組に登場したのですが、それを依頼した理由というのは、自分の長年かわいがっていた猫が死んで悲嘆に暮れてしまって、その猫の代わりというよりは「同じ猫」がどうしてもほしいということでした。(何の細胞を採ったのか忘れましたが) その猫の体細胞を基に作られた猫は、前の猫(の写真)と本当にそっくりでしたが、その猫を「かわいい～。もう、仕草まで

そっくりよ」とそのおばあさんがニコニコして抱いているんですね。それを見て、私はものすごく腹が立ったんです。「何だ、こいつは！」と思って、(私は猫を飼ったこともありませんし、特に猫好きでもないのですが) とにかく「こんなやつにだけは猫を飼ってもらいたくないな」、と思ったんです。

というのは、体細胞クローン動物というのがどのようにして作られるかについて、ちょっとした知識があったら、その猫を一匹産むために、ほかの猫が、罪のない猫が、どれだけ苦しい思いをして利用されたかというのが丸分かりだからです。つまり、体細胞クローンというのを作るためには卵子が要ります。卵子というのは女性や雌の身体から勝手に排出はされませんので、排卵誘発剤を使って卵巣をパンパンに膨らませて、全身麻酔をかけて取り出すわけです。当然、猫にインフォームド・コンセントはあり得ませんから、そうするとどこかの猫(そこらの野良猫でしょうか)がたたくさん無理矢理引っぱられてきて、痛い注射を打たれて、麻酔をかけられて卵子を採られているわけです。その卵子の核を取り除いて、そこにクローンを作ろうとする元の猫の体細胞からとった核を入れて、その細胞を初期化したものを今度は猫の子宮に入れて妊娠させ、子どもを産ませるわけです。そういうのを何回も何回もやられて、おそらく1万回ぐらい試行して初めてその一匹の猫が誕生している。だから、その一匹の猫のために、一体どれだけの猫が痛い思いをして、苦しい思いをしたか。

体細胞クローンと動物というのがどういうふうに作られるかということと、人間の体外受精で卵子を採るときに、どれだけ女性に身体的、精神的な負担がかかるかということについての、ごく初歩的な知識さえあれば、一匹のクローン猫を見たときに、こういう風景はすぐ見えるはずですよ。だけど、「クローン猫を嬉しそうに抱いているおばあさんを見て、なぜ私が、腹が立ったか分かりますか？」って、学生に話をすると、学生はキョトンとしています(一応、そのときまでの講義で学生は、卵子採取がいかにか女性の身体に負担になるかといったことは学んでいるのですが)。種明かしをすると「はーっ」と言います。

この話に象徴されるように、実は生命操作システムというのは、そのある部分だけにスポットが当たっていて、その裏でどういうことが行われているのかというのは、見えないように、見えにくいようにできているんです。そういう「見えない部分」をやっぱりきちんと明らかにしていかないと、とんでもないことになる気がします。

臓器移植について一つだけ言うと、今回の臓器移植法改正審議はきわめてずさんなものだったと思いますけれど、A案に反対する人たち、特に子どもの移植に反対する人た

ちや慎重派の人たちがけっこう表（おもて）に出したのは、長期脳死の子どもの存在ですね。数としては少ないのですが、臨床的には当然脳死と判定されるような状態なので、もちろん回復はしないんだけど、人工呼吸器を付けて数年以上（心臓が停まらずに）生きていて、自宅で生活している。意思の疎通はできませんが、髪の毛も伸びているし、身体も大きくなっているし、ちゃんと普通に暮らしているわけです。そういう子どもを表（おもて）に出してきて、「脳死は人の死だという人は、この子は『死んでいる』と言うんですか？」と問いかけたわけです。

反対派や慎重派がとったこの戦略は、一言で言うと、脳死臓器移植という医療のなかでの「見えない部分」というのを、「見える部分」に引き出してきたということだと思えます。「見えざる弱者」を、「見える弱者」として押し出してきた。だけど、こういう長期脳死の子どもの場合には非常によく見えますが、普通の脳死の人の場合にはきわめて見えにくいだけの話であって、基本は同じだと思うんですよ。普通、脳死になる人で多いのは、（日本だと）交通事故で頭を打って脳死になるというケースでしょう。そういう人のところに、たとえば、家族の人が急な知らせを聞いて駆けつけてきて、何とか助かるんじゃないかと最初は希望をもっていたのが、だんだん厳しい状況になっていく一方で、ついには「脳死です」と宣告されるような、そういう状況というのは、テレビには絶対に映りません。「見えない」んです。そこで家族の人たちがどういう気持ちになったのか、「脳死」と言われた人との間でどのような看取りの時間が過ごされたのかについては、もちろん後になってから（柳田邦男さんや杉本健郎さんみたいに）自分のそのときの体験について証言している人はいらっしゃいますが、長期脳死の子どもの家族と共に生活している姿のような形で、そういう現場がテレビで映されることはありません。

だから、いくらでも見えない部分というのが切り捨てられて、よけい見えないようにさせられる。臓器移植をしないと助からないという子どもだけを前面に出して、「この子をあなたたちは殺すんですか」と、そういうほとんど脅迫的なアピールばかりがなされている。ほとんどの人は一方的なものばかり見せられているわけです。

代理出産についても、さっき島菌先生が言われたように、いま世論調査みたいなのをすると、結構肯定派の人が増えているというのは、やっぱり、テレビ番組なんかで代理出産を求めているような人の物語ばかりが流されて、同情を集めているということが大きいでしょう（日本で言うと、向井亜紀さんのご夫婦をめぐるドキュメンタリーの影響力が大変大きかったと思います）。

そういう偏った、一方的な情報だけが流されている部分について、やっぱりきちんと冷静に、客観的に見ていくということをしないと、とんでもないことになるでしょう。時間を超過していますので最後のところは飛ばしますが、一つだけ言いたいことがあります。さっき島菌先生が厚生省の審議会について分析されたように、そうした公的な生命倫理の議論のなかで、各専門家からの意見として、「医学的な立場からはこうだ、倫理的な立場からはこうだ」というように意見が聴取されることが多いのですが、ここはちょっと問題だと思っています。そういうときに「医学的な立場から」発言する人は、きまって移植医だったり、生命操作技術の推進派の人だったりします。医学とか医療とかいうものは、人間の文化、社会の一部です。当然そうですね。医学は「科学」だと思っている人がいるんだけど、私は、医学は少なくとも、物理学とか工学なんかと一緒にするような「自然科学」ではないと思います。医学というのは、ある意味すごくアバウトな学問で、科学的な手法を使ってはいるけれど、真理の発見そのものを目的とするのではなくて(結果的にそこから何か人の役に立つものが生み出されるというのではなくて)、はじめから人を助けるという実践的な目的が前提になっているわけです。

そうすると、人のいのちというのをどういうふうに見て、どういうふうに対応して接していくべきか、これは広い意味での「倫理」だと思うんですけど、医学と倫理というのは、別々にあるものじゃなくて、実は、医学自体のなかに倫理的な要請がある、つまり倫理が含まれているわけです。物理学とか化学のような自然科学だったら、そこで得られた知識に基づいてそれを応用し、人の役に立つものを作っていく際に(もちろん人に大きな害を及ぼすものも作れます)、その技術を開発したり、それを使ったりするための倫理はあっても、物理学や化学そのものに倫理はないですね。あるとしたら、研究成果を発表するときに論文をねつ造したりするのはいけないといった、そういうレベルの話だけです。

ところが、医学とか医療というのは、人を助けるために生み出された文化的、社会的構築物ですから、それ自体のなかに倫理があるんだと思うんです。たとえば、脳死臓器移植にしても、生殖医療の問題にしても、「医学的」などと言ったって、医師や医学研究者の中にもいろいろな考えの人がいるわけです。みなさんもお存じだと思いますけど、脳死臓器移植に断固として反対している医師や医学者はいっぱいいます。にもかかわらず、「医学的な立場から」の発言というのと、推進派の移植医とか病理医とか、そういう人たちがばかりが出てきて、宗教家とか倫理学者とかに反対派や慎重派の役割が振られていることが多いのですが、これはおかしいことですよ。「医学・医療」対「倫理・宗

教」などという、こういう不毛な二分法を基に考えるのではなくて、やっぱり私たちは、人がいのちをどのようにとらえ、いのちあるものにどのように接するのか、という原点に戻って生命倫理の問題を考えていかなきゃいけないんじゃないか、と私は思っております。ちょっと雑な話ですみませんでした。終わります。(拍手)

<質疑応答>



質問者 1：安藤先生に初めに聞きたいと思います。お二人の先生、非常に興味深いと思ったんですけど、今日面白いなと思ったのが、島菌先生でも生殖補助医療という言葉をお使いになっていて、安藤先生のほうは生命操作とおっしゃっているんですね。ただお二人が対象にしている話というのは、かなり重なっていることなんですね。この言葉の違いによって、感情移入が非常に違う。先ほど脳死のお話がありましたが、脳死という言葉を使ったとたんに、もう取り込まれていくというのがあるんですけども、そういったところに違いというものが、やっぱりはっきりと明確に出てくると思うんです。島菌先生のほうも、基本的には批判的なお立場だと思うんですけども、こういった言葉の利用について非常に気になったんですが、安藤先生ご自身は、生命操作という言葉はどう定義されるかというのが一つ、まずお伺いしたいと思います。このように伝えることが多いということなんですけど、私の感覚から言いますと、どちらかというところした問題文に対して批判的に言うときに、生命操作という言葉を用いるだろうというのが私の感覚なんです。それを使っていらっしゃる安藤先生は、どう定義されるかなと気になりました。

もう一つは、これはお二人にかかわることなんですけれども、医療も宗教も、いわゆる男性中心的な制度だと私は見ている。私の立場は、どちらかというところペインフリーの立場から見えていましたので、その立場から言いますと、宗教も医療も男性中心的な制度

だと見えるんですね。そうすると、逆に言うと、女性を中心にした場合にどのように見えるかということが、やはりもっとももっとこういった議論の中で言われなければならないなということ、すごく強く感じました。

例えば、島菌先生のところだけ出ているんだと思うんですが、懐胎者、懐胎ということに対して、やはり女性自身はどのような経験をしているのかということ、女性の立場から説明するというのが今まで非常に少なかったと思っているんです。そういったものについて目を向けていただきたいなと感じました。

最後にもう一つ。今回のイベントにつなげて考えますと、女性に親和的などという言葉で、今回の研究会になっていますので、そちらの立場というか、そういったものに対してもどう思っているか言っていたきたいなということと、先生がどういうお考えなのかなということ、まず安藤先生に考え方を聞いてみたいです。よろしくお願いします。

安藤：一つ一つにお答えしていくと、時間がかかりすぎるので、いくつかの事柄を絡めて、一回で答えたほうがいいんじゃないかなと思います。

まず、私は「生殖補助医療」という言葉も使っています。また、「生命操作」という語は積極的には定義していないんですけど、一応、人間の身体というものに対して、生物医学的な知識を利用して、その人間の生物学的な生命だけではなくて、生活とか人生とかをも操作しようとするような技術、そういうものを私は「生命操作」と考えています。というのは、これを英語で表現しようとするちょっと難しい、という話をしたことと関係があります。実は、このことを私はむかし論文に書いたことがあるんですけど、英語のような西洋語だと、生きる (live) という動詞の名詞形は「life」一つしかないですね。それを日本語に訳すと、「生命」、「生活」、「人生」、「いのち」、とそれぞれの文脈によっていろんな訳があり得て、それぞれちょっと意味合いが変わってきます。

生命操作技術というのは、基本的には生物学とか生物医学的な知識でもって、「生命」を操作しているわけです。たとえば臓器だとか、精子と卵子だとか、あるいは遺伝子だとか、そういう身体のある部分、要素に対する操作です。ただ、そこに人がそういう技術を使うことによって、実は、特に生殖の場合だったら、女性の身体だけじゃなくて、その人の生活や人生が丸ごとそこに巻き込まれちゃうわけです。その操作技術によって、身体的な害だけじゃなくて、その人の生活設計自体を巻き込んでしまって、そこに害を与えてしまうことがある。そういう部分を含めて、やはり私はかなり批判的な意味で「生命操作」という言葉を使っています。もちろん、生命操作だからやっちゃいけないとか、

そういう気はまったくないんですが、その中にそういう危うさがあるという意味を含めて考えています。

なぜ、この「生命操作」という言葉をあえて使うかというと、それはご説明したように、生殖技術だったら生殖技術だけとか、そうやって個別に扱うだけでは不十分で、やっぱり現代のいろんな動きというのは絡み合っていますので、それを全体としてつかまえられるような言葉が他にないということがあります。それから、「医療」という言葉を使うと、基本的に「いいことをやっているんだ」という意味合いが入ってしまうので、「医療」とか「治療」といった言葉は、限定的に、括弧つきで使うべきだと思っています。

それから、女性に関して言いますと、生殖技術というのはジェンダー間で明らかに不均等な技術です。ただ、これはもう生命倫理のあらゆる分野においてそうなんです。私は今日は、こんな生殖技術の話をしてはいますが、今、実は終末期医療に関するある本を編集しています。終末期医療というのも、ジェンダーと非常に深くかかわっているんです。安楽死のようなものについても、夫婦で一緒に暮らしているときに、たとえば延命をやめるとか、あるいは何かアメリカのオレゴン州でやっているような自殺幫助（医師が致死薬を処方する）なんかでも、旦那のほうを奥さんが看取る際に自殺幫助を行ったり、延命をやめてしまう事例よりも、その逆、すなわち奥さんのほうを旦那が看取る際にそうするほうが圧倒的に多いんです。つまり、ジェンダー差というのは明らかにあります。だから、生命倫理とジェンダーというのは、非常に重要で深刻な問題です。

それから、今おっしゃったフェミニズムと生命倫理ということでは、私が知っている人ではスーザン・シャーウィンという人がいますね。『No Longer Patient』という本を書いていて、日本語訳も出ていますね。勁草書房だったかな、『もう患者でいるのはよそう』という本です。そういうようにフェミニストの立場から、生命倫理に切り込んでいる人はたくさんいます。

それから、私はさっき「生命倫理学」というのを非常に大雑把にまとめてしまったけれど、これはいわゆる英米系の主流の生命倫理について言っただけの話で、実際には本当に質問者1さんの言われたとおりで、私はアメリカに11カ月ほどいて分かったんですけど、日本に輸入をされているというか、翻訳書が出ていたりするような生命倫理学（バイオエシックス）というのは、非常に偏っているんですね。非常に自己決定とかを重視するような立場のものとか、あるいは生命倫理学中でも非常に極端な、たとえばピ

ーター・シンガーとか、ああいう人の本がたくさん訳されていて、逆の立場の人のものがあまり訳されていないということは感じます。ただ、主流がそっちだということで、日本でもそれに習おうという方向はありますね。

ちょっと話を蒸し返すかもしれませんが、日本でもやっぱり生命倫理学というのが、ある程度「制度化」されてきたというところがあると思うんです。大学や病院の倫理委員会とか、いろんな政府の審議会なんかでもそうですけど。まだ、アメリカで1970年代から80年代にかけて起こったほどは制度化されていないというか、「私はバイオエシシストでございます」という人は少ないんだけど、たとえば、私が勤めている大学の医学部とかでも、やっぱり生命倫理、医療倫理みたいなものに常勤の研究者を採るようになってきました。だけど、今、非常に悪い傾向だと思うのですが、そういうときに私みたいな宗教学者とか、倫理学者とかが、そこから締め出されるような傾向が非常に強くなってきています。そういう生命倫理や医療倫理のポストの多くは、医師とか法学者で占められるようになってきているんです。なぜかという、そういう人は新しい医療技術や医学研究を進めるかどうかといったときに、根本的には反対しない。倫理的な問題を一応検討したことにして、注意すべき問題を挙げて、「検討しましたよ」というお墨付きはくれるけど、根本のところから問題を問い直したりするようなことはしない。ところが、宗教学者だとか、哲学者だとか、そんなやつらが出てきたら、議論が錯綜して収拾がつかないというので、そういうやつをはずしていくみたいな、そういう動きが非常に進んでいます。これは現実です。

私からの答えは以上ですが、また島菌先生からお話があったら、なにか付け足すかもしれません。

島菌：女性の視点がすごく大事だと思います。私は国の人々の胚の研究の討議のときに、「SOSHIREN」という人たちですね、あの方たちは70年代ぐらいからの伝統がある、ウーマン・リブの時代からの蓄積があると思うんですが、非常に大事なことを粘り強く見ている訴えてきているということで、とても教えられました。時間をかけて、お互いに意見交換をしながらやっているってことを聞いています。

それで、しかも障害者の問題と女性の立場が矛盾することがある。つまり、おなかの中の障害を持った子どもを中絶するのも女性の権利だということに対して、障害者は、そんなことを女性に決められたら困ると言ったという。それが日本のフェミニズムの生命倫理観に大きな影響を与えていった。これはたいへん大きな世界的にも大いに意義ある

貢献だと思います。

それに対して、医療側、宗教側はどうか、おっしゃるとおりだと思います。日本の医療も、日本の宗教も、やっぱり男性中心。日本の宗教は、いくらかそうじゃない傾向があるところもあるんですけども、全体としては男性中心性が非常に強いと思います。そういうところは、是正していかなくちゃいけないと思います。

それから代理出産については、しかし、アメリカなどでは、例えば同性愛の人も家族にして子どもをつくるということに、代理出産を利用される。だから、ある種のラディカルなフェミニストやジェンダー論者がこういうものをむしろ歓迎しているということもあるようです。たとえば、ジュディー・フォスターですか、あの人たちは、女性だけでお母さんになろうとする。そういうこともできる国です。どこかから精子をもらってくれば自分の子どもができちゃう。そういうのは女性の権利だという考え方もあるので、女性の中にもいろんな立場はある。女性といってもあらゆる女性がいますので、むしろ女性の考えのバラエティーをよく理解する必要がある時代になったんじゃないかと思います。

安藤：今の点についてちょっと言いますと、最初期のフェミニズムというのは、実は生殖技術に対して非常に許容的だったんです。要するに、女性を生殖から完全に解放して、人工的な生殖を目指そうと。女性と男性の不平等というのは、究極的には女性が子どもを産まなくちゃいけないというところに基づいているから、女性が産まなくてもいいようになったら、女性と男性が完全に平等になるというわけです。そういう、女性を生殖というものから解放すべきだというようなビジョンがあった。

ところが、そういうことは現実的には技術的に不可能だということがわかってきて、生殖技術というのはそういうものじゃなくて、どちらかというと女性に、身体的にも精神的にも非常にストレスを与えて、女性をむしろ固定的な役割に縛り付けるものだというような反対論が多くなってきて、それ以降のフェミニストというのは、生殖技術に対しては非常に批判的な人が多くなってきました。フィンレイジの会（不妊の女性のための自助グループ）なんかがその代表です。やっぱり島菌先生が言われたように、一口に女性の立場とか、フェミニズムとかいっても、いろんな流れ、いろんな立場があり得ると思います。

質問者 1：もう一つだけ。ありがとうございます。一つだけ気になっちゃったんです。

さっき言い忘れたんですが、経済格差が前提にされて、クローン胚の使用がけん制されていますね。最近、さっき出てきた、例えばインドの事例とかも、かなりひどい状況だと伺いましたが、ひどいと言っていいのかどうか、インドの場合、そういうことがあったときに、政府を挙げてそういう状態になっている。そうすると、例えば、日本的にシステムが海外へ出ていってしまう。実際に日本だけではない、いろんな国々が、禁止されている国ほどそのように出ていくわけですね。

そういった経済格差などもあって、許容している国は、とにかくあえて現実の中で、じゃ、倫理的にそれがよくないと言っても、一体どこから変えていったらいいんだろうって、私もすごくいやな展開を感じているんですが、そこらへんについて何か。もちろん一言で表せることなんてないと思うんですけども、どのようにお考えになっているか、ちょっと教えていただきたいんですが。

島菌：これはもう簡単には解決しないと思うんですけども。やはり国際社会で解決しなきゃならない問題っていうのが、やっぱりあると思うんです。こういう生殖技術みたいなものは、家族間とか、ジェンダー間とか、国によってもものすごく違うんで、共通の基準を世界に当てはめるのは難しいと思います。でも、代理出産を海外へ行ってやってくるということは、やっぱり国際的に解決しなきゃならない問題です。

臓器移植の問題は、WHOが臓器移植のための海外ツアーはやめましょうという報告を出したわけですから、この問題も、恐らく、私はそう遠くない将来に国際規制に入るだろうと予想していますし、そういう動きを加速するように、われわれは議論を進めていかなければいけないと思っています。

それは、人胚の研究もそうなんです。これも抜け駆けをして先へやっちゃう国、道徳・倫理的な問題を考慮しない国が得をする、シンガポールなんかもそうです。シンガポールの方がいたら申し訳ありませんけど。イスラエルとか、そういうような国が得をするようなシステムは、国際社会として規制していかなきゃならない。これは京都議定書の環境問題でも、そういう国際規制はものすごく難しいです。でも、何とかやっている。グローバル化すれば、われわれは運命を共通に巻き戻す世界に変化しているわけなので、何とかそういう努力を進めなきゃならないと思っています。

司会：安藤先生は先ほどのお答えの中で、生命操作、医療という言葉は概してポジティブなというか良い意味に使われているのに対して。

安藤：良いというか、そういう技術に「医療」という枠をはめてしまうと、そこで使われている技術が実際には医療以外のものにも使われているという側面が隠されますし、今は認められていないものもあるのですが、その差が非常にあいまいになってしまいます。「医療」という言葉は基本的に、やっぱり非常にポジティブに使われてしまいますよね。

つまり、ここで言うような生命操作技術というのを、医療の中でどれだけ使っているか、ということの問題なんですよ。これは島菌先生が言われた「正当な医療」ということにもかかわってくるし、どれだけ人の生というのが医療化されることに「イエス」と言うのかということでもあります。最初から医療に取り込まれちゃったところで、いくらその医療の倫理的な問題点はどうかこうだと言ったって、根本の問題はやっぱり解決しないし、問われないままで終わってしまうと思います。そういう点で、従来の生命倫理学とか、医療倫理学というものには、やっぱり非常に限界があります。

司会：医療に取り込まれるといった場合に、例えば不妊という問題が1980年ごろから医療に取り込まれたというご指摘。

安藤：いや、60年代だと思います。

司会：1960年代？

安藤：はい、60年代から、やっぱり出産ということが医療化されて、病院で産むのが当たり前になってくる。そうすると、出産ということが医者や医学にまず結びつくようになるわけです。それまでだったら、私なんかそうですけど、家で産婆さんに介助されて生まれた。別に医師の手によって産まれたわけでもないし、病院で産まれたわけではない。

ところが、出産が医療の手にゆだねられることによって、たとえば、子どもがほしいのにできない、何でなんだろう、とにかく産科に行って検査をしてみましよう、ということになって、それ以後はもう全部医療のルールの上に乗せられてしまうわけです。もちろんその中で、たとえば、ここで言う体外受精みたいなものしか方法がありませんと医師に言われたときに、それをただうのみにするのではなくて、そこでもう一度自分

で体外受精について調べてみるということは、今だったらできます。いくら医師が成功率に関して非常にいい加減な説明をしたとしても、インターネットで実際の様子をいろいろ調べることもできるし、いろんなネットワークももちろんあるんです。しかし、そういうふう之初めから医療のレールに乗せられてしまっていると、不妊という事態に対してどういう対処ができるのかという多様な選択の全体の中で「医療」的な解決法というのが一つの選択肢として選ばれるんじゃないくて、最初から医療の中に入ってしまったために、選択が極めてできにくいような状況というのがあるわけです。

最近、生殖医療の領域で体外受精コーディネーターとか、カウンセラーとか、そういうものをもっと養成しましょうという動きがあって、実際にそういう講習会とかも行われているんですけど、こういう形でのカウンセリングとか心のケアというのは、はじめからいわゆる「不妊治療」は基本的に良いことだという前提に立っているのが問題です。あるいは、日本では体外受精には保険が利かないから、かなりのお金がかかります。お金が続かないからできないという人がずいぶん多い。それを解消するために、今は、何回までとか、女性の年齢とかを区切って補助が出ていますね。あの補助の財源というのは、新エンゼルプランという少子化対策用のお金です。要するに、不妊の女性が子どもを産めるようになれば人口減少に対する対応策になるというわけですが、そこでは不妊に悩んでいる人が本当に幸せになるためにはどうしたらいいか、そのためのいろんなサポートのあり方が考えられていくという以前に、子どもを持てるようになることが不妊の人を幸せにするただ一つの方法であるかのように、それを医療で解決しようというところが、やっぱりまずいんじゃないでしょうか。

最初からそういう「医療」という枠にあって、そこで非常に心理的な不安や悩みを抱える人もいるからカウンセラーを導入しましょうとか、そういうことを言うには本末転倒なんじゃないか。本来、不妊だったら不妊という経験がその人を非常に苦しめているんだったら、それに対してどういう解決の仕方が、どういうサポートがあり得るのかと、いろいろ多面的に考えるべきだと思うんですけど、それがもう最初から医療に行っちゃっているわけです。

質問者 2: お二人のお話をお聞きして、いろんなことが分かってきましたけれども。島菌先生のお話を伺って、とても、これを使ってくださるといいなという欲求不満があります。それは、代理出産という方法についていろいろお話、デメリット、メリット、いろいろお話しなさいましたけれども、その代理出産を一部の夫婦で、奥さんのほうが不

妊で、だんなさんの精子が有効の場合、そういう夫婦の本当の欲求はどうなんだろうかと。それで、今お話をうかがうと、その夫婦の欲求を深く追求しないままに、そういう欲求にレスポンスして代理出産という方法がついてきて、その方法について先生がいろいろおっしゃるわけですね。

ですから私は、この夫婦の欲求が、本当はどういうものなんだろうかと。これはジェンダーの部分も入ってくるかもしれないし。その欲求に対してもう少し深く、倫理学者として、本当はどういうことが出てきたのか、本当にこういう欲求に答えていいものだろうかという、そういう欲求に対して、もっともっとディスカッションしてほしいなど、お聞きしてそういうことがあった。

そして、安藤先生の場合は、もっと突っ込んで、ご自分の体験の人工授精をお話なさったんですよね？

安藤：体外受精です。

質問者 2：体外受精。それは、もっと突っ込んで、分かっている、先生の定義からもずっといろいろお話を伺って、いろいろなことが分かったけれども、やはり生命操作に行くまでの根本の人間の欲求ですね、「子どもが欲しい」、この場合ですね、今回は。そういう欲求に対しての、本当に突き詰めた倫理学者としてのディスカッションというか、究明の仕方をもっと私は提示していただきたいと思った。

やっぱりこの欲求に対して、いろんな利害関係があったり、技術者は今最近の技術を誇示したい、そういう場合もありますね、この中には。いろんな欲求を、悪乗りという言葉はいけませんけど、悪乗りして、いろんな医療者なり科学者であり、そういう人が「こういう方法、こういう方法」って。だから本当に、それが根本の欲求に対してとか、あるいは人間生命にとってどうかということよりも、そういうことが走っていく、独り歩きしているというのが印象的に分かる、お聞きして。

ですから、もっと根本的に人間の夫婦の欲求、子どもができない、欲しい、そのことについての、その欲求はいかがなものかという、それこそ、そういうものがもうちょっと聞きたいですね。

島菌：おっしゃるとおりで、私の話、抜けておりました。でも、一応考えてはいたんです。この3ページなんですけれども、この報告書の欠点でもあるんです。それはどうい

うことかという、「自己決定には限界がある」というところなんです。3ページのBの④です。アで、自己決定が大事だと彼らが言っている、そう報告書に書いているわけです。しかし、そこに限界があると言っているんです。 どういうふうにその夫婦の意識決定は行われているんだろうか。本当にそのことが、自分自身の考えと言えるんだろうか、操作されているんじゃないか。マスコミに侵されるんじゃないか。そういう観点がこの報告書には書いていないんです。例えば、不妊というのは、不妊治療というだけで治さなきゃいけないものだというイメージが振りまかれているような、そこを問題にしなきゃいけません。本当はそこは非常に大事な問題で、安藤さんがかなり問題にされていることも、そういうふうにしたほうが分かりやすいんじゃないかなという。不妊治療というのは、不妊というのは別に治さなきゃならないものじゃないのに、そういうイメージを振りまいて、そういう方向に持っていこうとしているという、これは非常に大事な視点だと思います。私ももうちょっとそのところを追求していかなきゃいけないなと思っています。ありがとうございました。

安藤：「欲求」と言われていたけど、私はそれを「欲望」というふうに呼んでいて、ちょっと区別しています。今日の講演会の題にも「欲望と倫理と宗教」とありますが、「欲求」というと、どちらかというと生理的欲求のような自然なものを指すのに対して、「欲望」というのは、どんどん加速していくとか、つくられているものもあるし、自分自身でも何がどうなのか分からないままに突き動かされているような面もあると思うんですけど、おっしゃることにはまったく同感です。島菌先生のおっしゃることにも同感なんですけど、二つちょっと例を挙げますね。

一つは、さっき臓器移植の問題を言いましたけど、寺尾陽子さんという方がおられるのですが、ご存じの方もいらっしゃると思います。岡山の倉敷の方で、幼いころから先天性の心臓の病気で、5歳まで生きられないだろうと言われていたらしいですが、これを越えてずっと生きられたんだけど、心肺同時移植しか助かる道はないと言われ、高校生ぐらいのときにアメリカに渡って移植手術を受けるということになりました。寄付とかも集まって、マスコミや周囲の人たちも押せ押せになっていたのです。ところが、彼女は途中で自分から拒否されたんですね。「自分は移植を受けない」と。今はどうなっておられるか知らないけど、少なくとも30歳過ぎまでは生きておられました。

移植を拒否された理由ですが、寺尾さんはお母さんと二人暮らしで、お母さんは離婚されているんですね。お母さんが、心臓病で苦しむ幼いわが子を抱えて、何回も電車で

飛び込んで死のうとされたというような話を、小さいときからずっと聞いていたらしいです。それで、もしお母さんが脳死になったとき、自分はお母さんから臓器をもらって生きられるだろうかと考えたときに、彼女は、絶対にそれはできない、と思われたのです。そうすると、自分が臓器をもらうことになる誰かも、やっぱりその人が脳死になったときに同じように思う人がいるに違いない。そういう人から臓器をもらうということはいけないんじゃないか、というふうに、寺尾さんは考えられたということです。

欲求とか欲望とかという話をすると、文明論的なレベルで、要するに現代の社会というのは私たちがどういうふうに自分たちの欲求や欲望を満たすようなシステムになっているのか、ということが問われると思うんです。今は、医療技術とか生命操作技術というものを介して、結局、自分の欲望を満たすために、何か他者を利用しようとしたり、自分と同じような存在である他者というものを、同じような人間として尊重できないような、ある種の選別とか、そういうものに加担してしまわざるを得ないような、そういう社会になっているんだと思うんですよ。これは生殖技術についても、やっぱり基本的にそうです。

たとえば、いわゆる不妊治療を受けて、体外受精を受けている人のうちのかなりの人が（何パーセントかはわかりませんが）、いわゆる羊水診断、出生前診断のために羊水診断を受けるんです。理由ははっきりしているんです。体外受精を長いことやっているような人の中には、やっぱり高齢出産になる方もいる。高齢出産になると、いわゆる障害を持った子どもが生まれる確率が高くなりました。女性が35歳ぐらいを境にその率が一気に増えますから。それで出生前診断を受けられる方が多いんです。

だけど、考えてみれば、ほしいけど子どもができなくて、子どもを授かりたいと思っている女性が、ある種、いのちをそこで選別する、「障害者だったらいらないわ」というようなことになっちゃう。「いらないわ」と思うのかどうか、出生前診断を受けられる目的が、障害を持っていると分かれば中絶しようと思って受けられるのかどうかは分かりませんが、でも。だけど、そういう自分のある種の欲望を満たすために、ある選択を行っていることによって、必然的にある種のいのちを選別していったり、切り捨てていったりせざるを得ないような流れの中に自分がいるということは、私たち一人一人が意識しておかねばならないことだと思います。そういう選択は「自己決定」で、「人に迷惑をかけていない」とかと言うけど、実際にはそうじゃないんじゃないかと思うんですね。

私は、けっして自分が高見の所にいてそういう流れを批判するというか、「いのちの

選別なんか、自分はやっていません」とか、「自分は完全な平等主義者です」とか、そんなことを言う気はまったくないんです。自分自身もやっぱり、もし自分が当事者になったら、そういうのをやってしまうんじゃないかなと思うようなところもあります。やっぱりそこをみんなが考えなきゃいけない、と思うんですね。こういう次元の問題は、なかなか生命倫理という議論の上に乗せにくいのですが、自分の欲望というものに自分が向き合うということ、自分がいったい他者とどうかかわって、どうやって他者と共存して社会を作っていくのか、生きていくのか、という根本が問われているように思います。

質問者 3: お話をお聞きして思ったんですけど。例えば、「地獄への道は善意で敷き詰められている」そんなような言葉があるみたいですけど、お二人の先生がおっしゃられたのは、まさしく今の医療とか何とにかにおける、小さな善意、その善意の裏に、そういった非常に、本当はちょっと考えれば分かるようなこと、見えないところ、それはたくさんあるというようなことが、やはり今の根本というか、その構造だと思うんですけど。でも、今日行ったようなお話をお聞きしますと、この問題は確かにあるんだなど、非常に分かりやすく思ったんですけど。

なぜ、今の臓器移植なら臓器移植のキャンペーンとして、さっきおっしゃったような「命のリレー」とか、例えば、代理母の場合でも、そういうアメリカへ行って、「こんなかわいい子が生まれたんだから」と、そういう光の面だけを照らし出すという構造というのは、どういうところにあると思われますか。何かそれを推進するような大きな力があるのか、それとも俗に言う小さな善意が大きくなったかたちで、そういうかたちに生まれてきているのか。そういう光が当たるところの影があるというような教育が、なぜできないのか。

私は産科婦人科医なんですけど、本当に仲のいいご夫婦で生まれた赤ちゃんに障害があった場合には、そのご夫婦は、より夫婦として成長していくような夫婦もあれば、もうそれで離婚するようなご夫婦もあるんです。そのときに、一緒になった夫婦でさえそうなんだから、例えば代理母の場合なんかは、もしその赤ちゃんに何かそういうものがあつたら、ものすごく大きな問題が起こるんじゃないかなと僕は思いますから、代理母とかそういうのは、僕はあまり賛成というか反対なんですけど。

でも、そういうことは、ちょっと考えれば分かるはずなのに、なぜそういうのに絡む所は言われぬのかという、その構造がちょっと分からないんですけど、どんなよう

な。

島菌：私が親に反抗して嫌われたのは、私の父親は善意の人だったんです。医療というのは人を助けると本気で言っていたし、そのことに生きがいをもっていただけです。実際に、本当に患者さんが良くなるとうれしいですし、そういう経験はたくさんあると思います。そのために自分を犠牲にして、医者の不養生で早死にが多いですけど。そういう医療の世界の、やっぱりメンタリティーだと思います。やっぱり良いことをする世界なので、そういう教育を受けているし、実際に日々の経験の中で障害さえ感じる人が多い。恐らく、質問者3さんは、その影の面を非常に個人としてみごとに体験されたので、一般常識に立ち返ったというか。私の場合は、父の善意がややくたしくなって反抗したということがあります。

現代の世界は、そういう医療の世界と産業が結び付いている。環境の世界は、こっちのほうでいいことをしようと思ったら、別の面で悪いことが起こるということ、いわゆる副作用、これを徹底的に研究する科学に展開してきたわけです。エコロジーというものの中に、そういう側面があると思います。

医学は個々の病気を治す、そういう非常に専門的な、特殊な目に限って、専門主義な研究で、今までたくさんの成果を上げてきた。ですから、副作用的な視野が少ない。さらにそれが最先端の産業に結び付いた。そういういろんな条件が結び付いて、医療の欠点が、そういう善意しか見ない異様な態度が広まっている原因になっているというふうに信頼しています。そのへんはまだ、そういう議論をあまり聞かないですが、そういうふうな研究が必要になってきていると思います。

われわれは最先端の生命学をやっている方に、その疑問を投げかけています。そうすると、困った顔をします。ということは、普段、どういう理由でか、そういう面を見ないようなシステムが出来上がっているということなんです。

質問者3：それは、意図的に見ないようにしているんですか？ 何か裏で、一抹絡んでいるんですか？

島菌：すごく分かりやすいのは、要するに科学の競争に負けてはいけません。例えば、臓器移植も、できないということは、世界の最先端の医療から遅れてしまう。その科学の競争の中で行われていますので、科学者はそれに何とか追いつかなきゃいけない。

質問者 3：例えば、マスコミとかが、そういう先端医療か何かをサポートするような一面の限定した情報を、それは背後にそういうスポンサーとかそういうものがあるというような？

島菌：これは、私は、自分でその制度の委員会に入ったときに分かったことなんですが、大新聞の科学部の記者は、主な取材を、そういう大組織の研究者から得ている。ですから、その人たちの考え方に非常に近づいています。むしろ地方新聞の、普段は広い日常生活の問題を扱っている人が、この問題を取材すると、市民の感覚に近い反応をされています。そんないろんなシステムが、いろんなところに隠れている。

安藤：ほとんど同じなんですけど、今、これは日本だけの現象ではないと思うんですけど、難しい問題に対して、実際にはこっちの立場もあれば、あっちの立場もあるというものに対して、一方の当事者だけにすごい共感をあおって、「これに違いない」と思ひこませてしまうような傾向が、社会の中で現実にもものすごく進んでいる感じがします。

一番具体的なのは死刑問題で、たとえば、殺人の被害者の遺族だけに一方的な感情移入をして、「そういうのは死刑が当然だ」というような意見ばかりがグッとばらまかれるとか。臓器移植には、やっぱりそれに近いようなところがありました。反対派や慎重派の人たちを、フジテレビはわりと取り上げましたけど、NHKはかなり偏向報道だったと思います。そういう社会全体の動きというのがあると思うし、質問者3さんが言われたように教育の問題というのやっぱり大きいと思います。

やっぱり、どんな問題であっても、同じ問題を、こっちから見るとこう見えるよとか、その裏側があるよというようなことが、きちんとあるに決まっているわけなんですけど、それを本当に見ていないとか、見ていないほど一方的な煽動をする人に動かされて、特に人間というのやっぱり感情で動くから、ある人たちに強烈に共感したりとかしたら、「何でこんなに臓器移植で助かる子どもがいるのに、それに反対しているやつなんて、何なんだ！」みたいな感じになるんです。

そういういろんな意見が割れているとか、議論になっているということは、当然どちら側にもそれなりの根拠がある話で、それを客観的に慎重に見てみようとかというふうには思わないで、あるパッと流されたものにトンと飛びついて、自分の意見を正当化するような、そういう傾向がこのごろは強くて、これは非常に怖い傾向だと思っています。

情報というのはたくさん流れているように見えて、実は一つの枠の中で情報操作的なものが行われていることが多いです。

第2回 研究会（共催 第4回 代理出産を問い直す会）

日時：2010年3月21日(日)13:00-17:00

場所：東京大学法文1号館 212 教室

秋葉悦子（富山大学経済学部経営法学科教授）

「イタリアとカトリックの生殖補助医療をめぐる倫理問題」

秋葉悦子：今、自己紹介をうかがっております、お名前だけ存じ上げていて文献をたくさん読ませていただいている先生方がいらっしゃるということで、緊張してうまくお話できるか上がっておりますが、よろしくお祈りします。

水野先生がおっしゃっていた自由主義が日本では著しいのですが、私はその自由主義生命倫理とは反対の立場、人格主義生命倫理についてお話させていただきます。

今、皆さんの自己紹介をお聞きしていて、法哲学の方もいらっしゃいますし、法律学の方、社会学の方もいらっしゃいますので、先ほどきちんとお話しなかったのですが、なぜ刑法を専攻していて、生命倫理を研究することになったかを簡単にお話させていただきます。特に、なぜカトリックの生命倫理を研究することになったのかを——もう少し今日の話をご理解いただけるのではないかと思いますので——お話させていただきます。

大学院では刑法を専攻しております、安楽死の問題を修士論文で扱いました。このとき、当時の日本の刑法学は自己決定権と自由主義、正確には個人主義的超自由主義、すなわちリバタリアニズムの立場を最初から土台にしていました。その土台を問うのは法哲学ですが、私は法哲学を勉強せずに刑事法を専攻しましたので、自己決定権の立場からの結論しか出てこないのです。つまり1つの世界観が最初から前提にあって、その上に組み立てていく議論しかできなかったのです。

富山大学に赴任しましてから、かなり自由な研究環境に恵まれましたので、そのとき出した超自由主義の結論、つまり、自殺の権利を認めるという結論で本当にいいかどうかを、法哲学にさかのぼって少し考えてみようと思い、独学で法哲学を勉強し始めました。

出身が上智大学でしたので、キリスト教倫理の専門家が周囲に大勢いました。修士論文の審査のときに教会法担当の神父がおり、専門の立場から自殺についてのレクチャー

をしてくれたのです。当時はドイツの法律を調べておりましたが、判例の文言の中に、キリスト教の伝統的な倫理ではこういう考え方をする、ということが普通に書かれています。ドイツの刑法の背景にキリスト教の倫理があること、その意義深さをこのとき実感しました。

日本で今、問題になっている安楽死や、受精卵の実験、生殖補助医療の問題もそうですが、これは倫理の問題です。それについてドイツやフランスやイタリアでは一応倫理学の議論を見て、その後でそれを踏まえて法律学者が議論するという仕組みになっていると思うのですが、日本では、法律の人がいきなりそれを議論しています。では日本の倫理学者はどうしているかというと、どうもあまり法律学とは連動していない。

それで、富山に参りまして間もなく半年間の在外研究の機会を与えられましたので、ヨーロッパの法律の土台にあるキリスト教の倫理をしっかりとやってみたいと思ったのです。しかし在外研究先に選んだのはアメリカのジョージタウン大学でした。ジョージタウン大学は、ご存知のとおり、個人主義生命倫理学を始めた本拠地です。しかしその研究所に半年間勉強に行くプログラムを組んでくれたのは上智の生命倫理の先生でした。アメリカに行く前にスペインとイタリアにも立ち寄りました。イタリアはちょうど生命倫理の国際会議があったのでその様子を見るだけの予定だったのですが、たまたま訪れたローマの大学、教皇庁立のグレゴリアン大学ということころだったのですが、世界中から生命倫理の研究者が来ており、「カトリックの生命倫理をやりたいならなぜアメリカに行くのか。アメリカの生命倫理は超自由主義で、カトリックとは反対の立場だ。私は伝統的な生命倫理を学ぶためにイタリアに来た」というようなことをアメリカの学者に言われて、はじめて事態に気づいたのですが、それを全然知らずに行ったわけです。結局、行き先を変更して、イタリア語もできないのに半年そこにおりました。

要するに、生命倫理という言葉が使われたのはアメリカが最初ですが、生命倫理の実体はヒポクラテスの時代からあり、それを実質的に発展させてきたのがカトリックの倫理神学という分野だということに、そこで気づきました。その後、やり始めてしまったことでもあるし、特にカトリックの立場としてそれをやるとか、そういうことではなくて、日本では全然知られていない——私自身もそうでしたが——欧米には個人主義の生命倫理しかないと思っていたのですが、そのリベラルな生命倫理のカウンターパートが実はヨーロッパにちゃんとあって、——それが今、保守的と言われているカトリックの生命倫理です——それを紹介しようと思ったのです。ところがそれは、実際にはかなり大変な作業でした。まず、個人主義的自由主義の強い日本で紹介しても、保守的な倫理

の話は誰も聞きたくないわけですし、刑法は脱道徳化が戦後のうたい文句になっています。刑法と道徳が日本では分離されておりますので、倫理学をやっても法律に反映するまでに非常な距離があります。

もっとも最近は少し風向きが変わってまいりまして、カトリックの考え方を随分いろいろなところで紹介させていただけるようになりました。聞いてくださるのは、特にほかの宗教の方、それから主に実務に就いている臨床医です。2006年に富山で人工呼吸器の取り外しの事件（射水市民病院事件）が発覚し、自己決定権に基づいた決定がなされようとなりましたが、事態は急展開して、そうではない、人格主義的な解決がなされました。それは、自由主義とは別の考え方、倫理主導の伝統的な考え方に基づくものです。先ほど水野先生が医者の本能とおっしゃいましたが、本能というよりも、職業倫理上の使命感かもしれません。

ヒポクラテスの「医の倫理」というものがあります。患者のために自分の技能を使って奉仕するという徳の倫理なのですが、これが個人主義、超自由主義、自己決定のカウンターパートです。私はこのカウンターパートの方を調べて紹介してきたのですが、カトリック倫理そのものを提示するといろいろと反発が強いので、イタリアの例を紹介することもしてきました。イタリアはヴァチカンのおひざ元にあり、かなりカトリックの影響が強い。そして、医者組織が非常に強いところでもあります。イタリアで生命倫理を担っているのは、倫理神学の養成を受けた医者です。私がローマで教えを請うているのは、大体が医学者です。受精卵の問題についてご指導いただいている方は、ヒト遺伝学の世界の権威の医学部教授で神父でもあります。ですから、倫理神学の養成があり、医療倫理が実践できてという人が大体担い手になっているので、非常に科学的であり、しかも伝統倫理にのっとった——カトリック倫理という言い方をしないで、普遍的な自然道徳法などいろいろな言葉が使われていますが——カトリックだけではなくて、普遍的に使えるものにする取り組みを、カトリックでは非常に熱心に追求しています。法哲学の方は、自然法の立場をお取りになると大体接点があるというか、同じ立場に行きつくのだらうと思います。前置きが長くなりました。

人格主義生命倫理というのは、カトリックで使っている名称で、リベラルな個人主義生命倫理の対概念としてつけられたものです。英語ではパーソナリスト・バイオエシックスです。西洋の生命倫理には2つあって、個人主義と人格主義、これは単純な図式化といってよくお叱りを受けるのですが、こうでもしないと日本で生命倫理と言うと、左側の個人主義がすべてだと思われてしまいます。上智大学はカトリックの大学ですが、

そこでも生命倫理の研究をしたいと言ったらアメリカに行くように言われたということが、すべてを如実に物語っています。何年か前の日本生命倫理学会でフランス人の教授がヨーロッパの伝統的な生命倫理について講演したのですが、そのとき著名な日本の倫理学者が、「西洋に別の考え方があるのを知らなかった」ということを公の場で発言されたのは非常に印象的でした。

生命倫理は1960年代にアメリカで始まったとされています。それ以前は生命倫理という言葉自体はありませんでした。しかし、この個人主義生命倫理というのは、実は右側の人格主義生命倫理を否定して、そのアンチテーゼとして生まれてきたものです。つまりゼロからのスタートではなくて、既存の考え方とは反対の立場を取って、伝統を切り捨てる立場を取っているのが個人主義生命倫理だということです。最高原理は個人の自己決定権ですが、人格主義は人間の尊厳が最高原理です。

本日はわざわざご説明するまでもないかもしれませんが、バイオエシックスの誕生は、アメリカでちょうど公民権運動が盛んだった時代です。ビートルズの時代、ウーマンリブの時代です。先ほどどなたかリプロダクティブ・ライツの話をなさいましたが、社会的弱者が社会的強者に対して反抗するという、そういう社会革命が公民権運動です。男性に対して女性、黒人に対して白人、学生に対して教師——学生運動です——、そして患者さんが医者に対して、反抗します。

アメリカは人種のるつぼですので、共通の倫理がないと言っては語弊があるかもしれませんが、ピューリタンの倫理もあれば、様々な国からの入植民の倫理もあって、人種も社会的身分もまちまちですので、合衆国としてみんなと一緒にやっていくためには、憲法が最低限のルールになります。合衆国憲法がすべてで、そこを起点にします。

ですから、弱者が強者に対して戦うときに何を目標にするかと言うと、合衆国憲法に勝ち取った権利を書き込むことです。どんな権利を勝ち取るか。女性の中絶権、自分で決める権利、個人情報コントロールする権利、——加藤尚武先生は「愚行権」という言葉を造られましたが——愚かなことをする権利。いろいろな権利が新しく考え出されました。リプロダクティブ・ライツ、子どもを持つ権利もそうです。男同士であっても、女同士であっても、技術でそれができるのであれば、そういう権利もあっていいわけなので、どんどんそういう権利を主張し、勝ち取っていきます。このようなムーブメントの中で患者の自己決定権というものも出てきました。

ここには合衆国の建国の理念が反映されていて、個人を大事にします。もともとイギリスで国教会の迫害を受けたピューリタンが、新天地を求めてアメリカに脱出してきた

わけですので、権威に対して非常に反抗するし、自分たちで新しい国を造るとき、自分たちを迫害したような公権力に頼らない。アメリカでは「小さい政府」ということを言いますが、個人が自分のイニシアチブを発揮できることが一番大事ですので、自由の権利が強調されます。同時に、アメリカで一番大事にされるのはプライバシーの権利だと言われます。このプライバシーの権利というのは、個人が公権力から干渉されない権利です。公権力の干渉をできるだけ排除します。アメリカではプライバシー権が憲法上の最高の権利と言われますが、これはヨーロッパの憲法には出てきません。公権力と個人とをこのように対立関係でとらえるのは、アメリカ独特の考え方です。

何が言いたいかと言いますと、ここでわざわざ申し上げるまでもないのですが、アメリカは独特な政治状況の中で、独特の人格概念を醸成してきたということです。ハーバード大学ロースクールの法律学の教授、グレンドンがこのことを指摘しています。ドイツの憲法に描かれている人格は、人と人との関係を大事にする。それは孤立した個人を対象にしていない。それに対してアメリカの人格は、個人のイニシアチブを大事にする。1人にされる権利、1人でいることを許してもらう権利、人から干渉されない権利を求める孤立的な自己、それを対象にしていて、その人格概念に大きな違いがある。これは合衆国憲法の話です。ジョン・ロックの政治思想にそれが描かれているのですが、これをそのまま生命倫理の問題に適用してもいいか、そこには無理があるのではないかとグレンドンは指摘するのです。

このようなアメリカの独特な人格概念、アメリカの「人格」は、しばしば法的権利主体と同視されます。ですから生まれた後の人を指します。人格という言葉は、もともと法的権利主体を指すだけのことばではないのですが、アメリカの新しい個人主義生命倫理は、人格を最初から法的な権利主体を表す語としてのみとらえ、この法律上の概念である「人格」を倫理でも採用する。個人主義生命倫理の大きな特徴です。

個人主義生命倫理の想定する自己像として、「孤立的自己」と書きましたが、これについて、最近面白い文献を見つけました。東大医学部の名誉教授、大井玄先生が書かれた本の中に「文化心理学」という割合新しい学門分野の紹介があって、その文化心理学によると、世界には2つの自己観、「孤立的自己観」と「関係的自己観」がある。この「関係的自己観」は割合普遍的な考え方で、「孤立的自己観」は、アメリカに特異な考え方なのだそうです。もちろんアメリカ以外でも、移民やニューフロンティアの状況を想起していただきたいのですが、非常に広大な土地に人間がいて、——隣の家まで何キロもあるような——、自分の力で土地を切り開いていくような環境があって、このよう

な自己観の形成が初めて可能になる。日本では北海道の人にこのような自己観の持ち主が多いという調査結果もあるのだそうです。ところが、1人ひとりにこのような広大な空間が与えられていないところでは、長屋やマンションなどに住み、お隣と密接にかかわっていて、親戚も知り合いも身近に大勢いる、そういう閉鎖的な社会では関係的自己観が形成されます。ここでは「孤立した個人」というものはイメージしづらくて、大体、何かを自己決定すると言われても、実際には自分だけで決めていない。周りのことを考えて決める。安楽死の問題についてもそうです。もし自分が何か人に迷惑を掛ける状態になったら死にたい。それは人に迷惑を掛けるから死にたいのであって、アメリカ人は、自分がもう、1人で自立できない、自分1人で決められない、イニシアチブを発揮できない。そのことがつらいから、だから死にたいのだという答えが返ってくるのだそうです。しかし日本人はいつも他者とのかかわりの中で決定をします。そして世界的に見ると、インドもそうだし、アフリカもそうだし、日本人のような反応がむしろ標準的であって、孤立的自己観はごく特殊な地域で見られるにすぎないのだということです。

戦後の日本は、刑法学もそうですが、個人主義が急に入ってきて、今までの関係的自己の持ち主が、孤立的自己——大井先生の言葉では「アトム的な自己」——を確立できないで、いろいろな葛藤があるところから、鬱状態になったり、自殺が増えたり、ひきこもりになったりするのではないかというような感じがするのですが、いずれにしても、個人主義生命倫理も、この孤立的自己像をモデルにして、個人の自己決定権を最重視します。

それに対して人格主義のほうは、存在論に立脚します。存在論においては、個人にとって大事な価値、自己決定、自意識、理性の働きなどではなくて、存在そのものの価値を重視します。自己決定しなくても、自意識がなくても、人間の尊さというものをそれとは違うレベルで見えていくわけです。例えば、自意識の働きがない人に対しても、なんらかのつながりを持てればその人を大事に思うかもしれないし、その人の存在そのものの価値を認めます。つまり、自意識によって、理性によって自分の能力を発揮するなど、そういう考え方でいきますと、何が人間にとってよいことかということを考えますので、功利主義につながりますが、そうではなくて、存在そのものの価値、人間の内在的な価値というものを認めていくと、それが人間にとって利益になるかどうかではなくて、ともかく人間なので大事にしよう、そういう考え方になるわけです。

考え方の基礎を築いたのは、ジョセフ・フレッチャーというプロテスタントの神学者で、大谷いづみ先生が彼を取り扱った本を最近出されています。フレッチャーが 1954

年に出した『倫理学と医学』という本は、「カトリック以外で医療における倫理問題を取り上げた最初の書籍」といううたい文句になっています。彼はこの中で初めて安楽死を合法化し、正当化します。これが日本にも入ってきて、私が大学院時代に悩んだ、自己決定権による自殺の合法化につながります。日本でも宮野彬という刑法学者が積極的安楽死の合法化を唱えますが、彼もフレッチャーに影響を受けておりましたし、それから「日本安楽死協会」を作った太田典礼もこのフレッチャーの書物からヒントを得ていたのだそうです。

個人主義生命倫理について、スライドに「反宗教的」と書きました。この点については、あとでまた詳しくご説明致しますが、個人主義生命倫理は、要するに伝統的なカトリック倫理ではなく、世俗的な哲学に立脚しているということで、日本の哲学者がこれを組織的に輸入したのです。そして、教育現場にもこれをそのまま持ち込みます。アメリカの大学では大規模な教育プログラムを組んで在外研究者や留学生を受け入れました——私がジョージタウン大学に行こうと思ったのも、この教育プログラムを受講するためでした。そして個人主義生命倫理は日本にもすごい勢いで広がりました。

右側の人格主義のほうはどうかと言うと、先ほども申し上げましたとおり、生命倫理という言葉自体はありませんでしたが、その元になっているのは、伝統的なヒポクラテスの「医の倫理」です。これは紀元前のもので、非常に簡単です。要約すれば2つのことしか書かれていません。ヒポクラテスは、科学的医学を始めた人です。「科学」というのが1つめのキーワードです。もう1つは、「目の前の患者の善」です。科学を大事にします。科学的知識の行使は特殊技能ですので、これを守り、弟子に伝えて発展させます。医者はそのような任務も担うし、もう1つの任務も担うのです。目の前の患者を助けることです。では、科学を発展させるために目の前の患者を犠牲にしているかと言うと、答えははっきりしていて、常に目の前の患者を助けることが優先されるのです。ですから、「科学」というのがキーワード。もう1つは「目の前の患者の善」。そして「目の前の患者の善」が常に優先します。

あとはこの応用問題というか、この原則を当てはめればよいのです。この「科学」プラス「倫理」、それを個別の問題に当てはめて応用問題を解いていきます。方程式はずっと同じです。イタリアではこのヒポクラテスの「医の倫理」を現代化する取り組みが続けられてきました。イタリアの話が日本の医者になぜ受けるのか。イタリアでの議論は、ヒポクラテスの「医の倫理」を共有している医者には理解しやすいからです。ヒポクラテスの「医の倫理」を継受したのはカトリックだけではありません。ヒンズー教と

イスラム教、ユダヤ教にも継受されました。東洋とのつながりも指摘されています。「医は仁術」と言います。仁慈は儒教の最高倫理です。ヒポクラテスの「医の倫理」は東洋の徳の思想ともつながっています。

このように、ヒポクラテスの「医の倫理」自体は宗教とは無関係の世俗的なものだったのですが、ただ、多くの宗教はこれをこぞって継受して発展させました。それを最も組織的に学問体系に構築してきたのが、最近 500 年くらいの間のカトリック倫理学でした。私が個人主義生命倫理の反対の立場を研究しようと思って、カトリック倫理学を見なければならなかった理由は、ここにあります。ただ、カトリック倫理学は、ヴァチカンが世俗的な権力を失った現在、その実定法としての展開を見るためには、その影響を受けている国の法律を見る必要があります。イタリアの法律は、私の見る限り、生殖補助医療法もそうですが、カトリック倫理に一番忠実な形で展開されているので、イタリアの医療倫理や法律の文献も読まなければならなくなったわけです。

今の話を、時系列というほどではありませんが、一応上から順番に並べると、まずヒポクラテスの「医の倫理」があって、ここから積極的安楽死の禁止、またここには書きませんでした。人工妊娠中絶の禁止が導かれます。なぜかと言うと、人を殺すからです。「殺すなかれ」というのが第一の原則ですので、殺さないのです。イスラム、ユダヤ、カトリック、儒教がこれを採用して、16 世紀ごろからカトリック医学倫理が体系的な学問として発展します。これを今、個人主義に対抗して人格主義と名付けて、カトリックが熱心に普及活動をしています。1954 年にプロテスタント神学者のフレッチャーが——プロテスタントというところが肝心かもしれません、カトリックに反抗する立場です。フレッチャーはアメリカで一番政治的に力のある長老派の牧師です——カトリックでない医学倫理の書を初めて刊行します。積極的安楽死の合法化です。

84 年に生命倫理学の体系的な教育機関が 2 つ創られます。ジョージタウン大学のケネディ研究所と、もう 1 つはヘイスティングス・センターです。そこで教育を受けた最初の卒業生は、ロバート・ヴィーチですが、彼が 84 年に書いた論文のタイトルは非常にわかりやすい。「ヒポクラテスの倫理は死んだ」。これが個人主義生命倫理学ですので、両方の立場は相いれない立場です。もっとも、有力な人格主義生命倫理学者はアメリカにもいます。かつてケネディ研究所の所長も務めたペレグリーノは、有名な生命倫理学者であり、医者でもあるのですが、保守的なブッシュ政権の下で大統領生命倫理諮問委員会の委員長を務めました。彼が最近書いたものをこの間翻訳したのですが、その中に、最近の個人主義生命倫理学は「脱宗教的」、つまり単に世俗的であるばかりでなく、「反

宗教的」、「宗教敵対的」でさえあるということが書かれています。

以上から申し上げたいことは、この2つの真反対の立場が今、世界にあって、——単純化し過ぎかもしれませんが——、この2つの構図を見ながらいろいろな問題を読み解いていくと、対立の根本にあるものが何か、割合わかりやすいのではないかと思って、私は大体この図式に当てはめて、普段ものを考えています。

今日は、代理出産の話ということでご依頼をいただいたのですが、代理出産については、お手元にレジメがあると思いますが、最後のところで生殖補助医療についてお話しする中で触れさせていただきます。先に終わりのほうを見ていただいたほうがいいかもしれません。

スライドの31番にイタリアの生殖補助医療法について記しましたが、今日は本当にごく簡単に総論だけしかできないと思います。総論の基本コンセプトを読みます。

「生殖補助医療にかかわるすべての主体の権利を保障する」。先ほどから両親のことは話題に出ておりますが、「すべての主体」は、生まれてくる子どもの権利を含みます。では生まれてくる子どもの権利はいつから保障されるかというと、一番初めの受精のときからです。そうすると、体外受精も難しくなるし、今、日本では、iPS細胞から生殖細胞を作って、子どもを作っていくかどうかということが先ごろから議論されているようですが、ここでは、先ほど問題になっていた、卵子を摘出するときの女性のリスクなどは全く生じません。将来、人工孵卵器ができれば問題のありかがいっそう明確になるかもしれませんが、受精のときから子どもの人権を認めるとすると、人はどのように受精されるべきか、どのように生み出されるべきかという問題まで入ってきます。イタリアの生殖補助医療法は、「子どもの権利を一番最初から認める」ことをうたい、「その生命の開始、すなわち受精時から法的主体として保護する」という、これはかなり大胆というか、ある意味で論理必然なのですが、そういう立場を取ります。これは、生命科学技術の進展に対して、生まれてくる子どもの善を優先するという、伝統的な医学倫理に基づいた一つの明確な態度決定を示したものであると言えます。

32番を見ていただきたいのですが、2009年6月、受精時から人を法的主体とする民法改正案が提出されました。これは、「倫理を法に格上げする」という言い方をイタリアではよくするのですが、アメリカで倫理の議論が法律の議論に還元されてしまったのとは対照的に、イタリアはその逆方向が目指されます。倫理を明確にして、それを法に格上げするというをやっているのです。

このコンセプトにのっとるとどういう結論が導かれるかというと、大体のものは刑事

罰で禁止です。胚の商品化、代理出産もそうです。人のクローニング、研究目的のヒト胚の作成と利用です。

フランスではなぜリベラルなのかということをお先ほどご質問致しましたが、受精卵はまだ「人」でなければ、人間の尊厳原則に抵触せずに実験に使えるわけなので、そこが一番大事なポイントになります。あとでご説明するとおり、カトリックは科学的事実を重視して、生物学の議論を徹底的に尽くした上で、人の生物学的な始まりは受精時だということをお認めします。

子どもが人として生まれてくることのためには、恣意的に作られてはいけないというような論理もそこから出てきます。優生目的の胚の選別と操作、それからハイブリット、キメラの作成、多胎妊娠における減数も駄目です。胚の凍結、破壊も駄目です。余剰胚の作成も駄目、ほとんどのことが禁じられることになります。行政罰で禁止されているのは、第三者の配偶子の使用、インフォームドコンセントをとらなかった場合、不認可の手術を適用した場合等などですが、イタリア生殖補助医療法が一番重視しているのは、子どもの権利です。それも、生きる権利だけではなくて、人格権も保護する。両親から生まれる権利等を保護する。そのような話になっています。

今日お話する内容のポイントは以上のとおりです。代理出産がなぜ駄目かということ、生まれてくる子どもの権利を侵害するからだ、ということなのですが、それをもう少し詳しく見るとどうなのか、前のスライドに戻りたいと思います。

人格主義生命倫理学の基本構造、6番です。科学的事実の承認。ヒポクラテス以来の科学的医学に立脚する立場を貫きますので、まず科学的事実をしっかり確認することです。ヒトの生命は受精時に始まります。「ヒト」とカタカナで書いたのは、生物学上の表記が「ヒト」だからです。まず生物学の議論を尽くします。その次に倫理の議論が来ます。その実質的な内容は「人間の尊厳」原則の確認です。

この「人間の尊厳」原則が何かということについては、もうさまざまな議論があるのですが、できるだけ立ち入らずにすませたいと思います。一言で言えば、それは、「誰でも例外なく人間の尊厳と基本的人権を認められるべきだ」という原則です。なぜ人間に人権があるかということ、尊厳があるからです。人権の前提が尊厳なのですが、先ほど申し上げたヒポクラテスの医の倫理、目の前の患者さん、目の前の人——その始まりの時から——を最大限に尊重する原則、と考えていただいて構わないと思います。両方を合わせると、「受精時から人間の尊厳と人権を例外なく保護しましょう」。これが人格主義生命倫理の基本構造です。

「科学的事実の承認」のあとに記した *scienza* は、イタリア語で「科学」の意味です。そして「人間の尊厳原則の確認」のあとに記した *coscienza* は、良心という意味です。良心と科学は日本語ではまったく別の言葉なのですが、語源が一緒なのです。つまり、科学はそれだけであるのではなくて、*co* という接頭詞は、それに伴うという意味ですので、*コシエンツァ* は、*シエンツァ* があるところに、それに伴ってあるものです。後でまたご説明しますが、人間は肉と霊から出来ています。肉だけではない、目で見えるものの背後に必ずスピリチュアルなものがあります。その目に見えるものと見えないものが一緒になったのが人格です。同じように、科学は目に見える *シエンツァ* (*scienza*) ですが、それが人間の技であるとき、そこには必ず目に見えない次元が入ってきます。スピリチュアルな次元、良心の次元、倫理の次元です。これは自然科学ではありませんので、良心や倫理の問題は自然科学の問題には還元できません。ですから、科学ではできるけれども、それを使ってよいか、どう使うかというのは *コシエンツァ* の問題で、人間が科学をやる時に必ずそれに伴って良心の問題が出てくるという意味です。この良心の中身、ヒポクラテスの目の前の患者優先の態度を言いかえたのが「人間の尊厳」原則だと思っただけであれば、大体よろしいのではないかと思います。

カトリックの最近の文献に『生命の福音』(*Evangelium Vitae*) というヨハネ・パウロ 2 世——前の教皇ですが——の回勅というものがあって、信者あての手紙なのですが、これは信者だけではなくて、全世界の善意の人に向けて書かれたものです。この中に「卵子が受精したときから新たな人の生命が始まる。現代遺伝学はこの不変の事実貴重な確証を与えた」と書かれています。この箇所は、先ほどの *シエンツァ*、科学的な事実を記しているだけです。これはただ科学の事実を承認しているだけですが、このことのためにヴァチカンでは多大な精力をつぎ込んでいます。科学アカデミーという 1603 年にできた組織があるのですが、世界中から招いたノーベル賞受賞者が 40 人ぐらい含まれています。そういうアカデミーを持っていて、そこで現代科学の最新の事実を綿密に調べるといふことをヴァチカンはしているのです。こうして現代遺伝学の詳細な議論を踏まえた上で「卵子が受精したときから新たな人の生命が始まる」ということを言っているわけです。

コシエンツァ のほうはどうかというと、「人は身体と精神の全体であり統合であるから、身体的に新たに存在し始めた初期胚には、既に精神的霊魂が宿っていると考えられる」と記されています。これは科学ではありません。これはカトリックの信仰なのか、良心の問題なのか、あるいはカトリックもゼロから始まったわけではなくて、その前に

プラトンがありますので、プラトンの考え方もこれと同じだと言われていますが、それ以前からある宗教に基づくものなのかもしれません。いずれにしても科学的に解明できない部分ですが、このような人間観に立ちます。要するに、人というのは、身体と精神の全体であり統合である。両方は一緒になっていて、分離できない。でも、両方の次元がある。この人間観が出発点になっています。これを認めないと次に書かれているようなヴィジョンは出てきません。「したがって、人は受精時から人格として扱われるべきであり、また不可侵の生きる権利が認められなければならない」。

この中に日本語に訳すと、「人」という言葉と、それから「人格」という言葉と、「人間」の尊厳という言葉と、「個人」という言い方もあります。日本語では普通、ヒューマン・ビーイング (human being) という語を「人」に、パーソン (person) という語を「人格」に置き換えますが、人間という語は外国語にありませんので、人格と同じでいいのかどうか、いつも翻訳するときとても迷うところです。しかし「人間」というときは大体、その身体と精神の全体であり統合である人格のことを指していると考えられるように思います。一方、「人」という語は、法律用語でもあり、法的な権利主体のことを刑法でも「人」と言いますので、日本でもよく見られる、どこから「人」かという議論は、生物学のシエンツァの議論なのか、それとも倫理のコシエンツァの議論なのか、両者の区別はとても大事な問題です。

ヴァチカンの立場は、まず生物学的な事実を認めます。そして、自然科学ではないところで、人間にはスピリットもあると考えますので、人が物理的に存在すればそこにはスピリットが宿っていると考えて、そのスピリットの部分において人間は尊いと考えます。この考え方はいろいろなところで誤解されていますが、後で「パーソン論」が出てきますので、そこでまたご説明します。

2005年に現在の教皇ベネディクト16世に変わり、カトリックの教えを要約する文書が公表されました。現在の教皇は、前の教皇の時代に教理省という省庁でカトリックの教義を形成する仕事に従事してきた有名な神学者ですが、彼自身が用意したこの文書の中に、「個々人の譲ることのできない生存権は、その受精のときから、市民社会と法律を成り立たせる一つの要素です。国家がすべての人の権利、特に弱者、中でも出生以前の受精卵・胎児の権利の保護のためにその力を行使しないなら、法治国家の基礎そのものが脅かされることとなります」(「カトリック教会のカテキズム要約(コンペンディウム)」カトリック中央協議会訳)という文言があります。

ここで主張されていることは、ヨハネ・パウロ2世もそうだったのですが、命の問題

や性の問題などについて、よく誤解されるように、カトリック教会は、何か神の領域に人間が手を出してはいけないと命じているなど、よくそのようなことを言われるのですが、そういうことではまったくなくて、「受精卵のときから人権を守らなかったら、平和が守れない」と言っているのです。

ですから、生命倫理を社会倫理の問題と結びつけたところにヨハネ・パウロ2世の功績があった、独自性があったというように、今日では評価されているのですが、その路線を現在の教皇も推し進めているということです。ヴァチカンは今、領土を持っていませんので、国益を追求する必要からも解放され、純粹に世界の平和を追求する立場から、道徳的な指導者として、いろいろなところで政治の問題にも口をはさんでいます。今日のカトリック生命倫理は、単に信者さんに対して正しい性のあり方を説くというようなものではなくて、「弱い人の人権をどう守るかということが世界平和にとって大事なのだ」という、社会正義と結びつけた議論をしているということです。

ヴァチカンの公式見解と書きながら〔スライドに〕欧州議会やドイツの話を書いてすみません。一応色を変えたのですが、お配りしたレジメは白黒ですので全部一律に並んでいます。一緒にすべきではないかもしれませんが、歴史的に並べるとわかりやすいのではないかと思って、今回作ってみました。

1968年に当時の教皇パウロ6世の回勅、信者あての手紙、これは全世界の人々に向けたものではなく、カトリック教徒のみに向けたものですが、『人間の生命—適正な産児の調整について—』という文書が公表されます。一般に普及した避妊方法を禁止するなど、非常に保守的な内容を含んでいるため、アメリカで新しい生命倫理を構築する運動が起きたきっかけの1つがこの回勅であると言われています。しかしこれ以前にも、哺乳（ほにゅう）類の卵子が発見されるのが1827年なのですが、1864年にピオ9世が受精のときから人であるということを最初に公式に認めた文書を出しているようです。島菌先生が文献の中で引用されているのですが、原典を確認しておりませんので、ここには書きませんでした。その後もピオ12世が、体外受精をしてはいけないということを再三注意している、そういう文献も見られるのですが、この問題についてまとまった文書が公表されたのが、68年のパウロ6世の回勅ということです。

74年に教理省から『中絶に関する宣言』が出されます。この中にも「受精のときから人だ」ということが記されています。そして「中絶は人を殺すことなのでしてはいけない」ということが記されています。87年にやはり同じ教理省から『初期の人間の生命の尊重と生殖の尊厳』という文書が出されます。「生殖の尊厳」というのは聞き慣れ

ない言葉かもしれませんが、カトリック倫理は人間の行為について「尊厳」という言葉をよく使います。後で「労働の尊厳」が出てきます。人間も馬も労働するし、生殖行為もするのですが、人間の行為についてはスピリットの部分が関与しますので、動物の行為とは違う意味合いがあるのです。物理的には同じ行為であっても、そこには別の次元が伴います。

人間の生殖にリプロデュース (reproduce) ではない、プロクリエイト (procreate) という言葉を使うのもこのためです。「生殖の尊厳」を含意する言葉です。教理省が 1987 年にこの文書を出した理由は、1978 年に世界初の体外受精児ルイズ・ブラウンが誕生したためです。不妊に悩んでいた人々にとっては福音でしたが、ヴァチカンには、体外で生産されるヒト胚にとっては、その後のさまざまな干渉を予測させる脅威的な出来事である、ととらえます。つまり、この時点で、この後、ヒト胚にもたらされる大規模な侵害を懸念していたのです。実際にこの懸念は現在、現実のものとなっています。余剰胚を使った実験は日本ではゴーサインですし、体外の受精卵に対しては誰でも容易にアプローチが可能です。研究用に体外受精卵を作成することさえ許されています。

ですから、教理省のこの文書、あるいはパウロ 6 世の回勅もそうですが、ここで考えられていることは、人間の受精卵は、通常であれば、お母さんのおなかの中で、お母さんに守られた状態で生を受けます——もちろんお母さんが中絶するということもありうるのですが、これはまた別な事態です。しかし母体外で作成された受精卵は、外からアプローチできる状態で生を受けます。外部の攻撃から身を守るものは何ともありません。「容易に危害にさらされる環境で、最も弱い状態の人間を存在させてもいいのか」、そういう問い掛けをするのです。実際に今、一番弱い立場、無防備な立場の者が搾取の道具になっています。それを予見したのが 87 年の教理省の文書でした。

あとはこの路線が一貫して推し進められるのですが、この考え方に基づいて 1989 年にヨーロッパ議会で『体内および体外の人工生殖に関する決議』、それから『遺伝子操作の倫理的・法的問題に関する決議』が出されます。体外で受精卵を作ることができれば、これを操作する話はすぐに出てきますので、ヨーロッパ議会でこれへの警戒が示されます。1990 年にはドイツで胚保護法が成立します。ドイツの対応が早いのは、人間の尊厳についての歴史的反省があるからです。ドイツはナチスの時代に優生学を推し進めました。これについては後に触れます。

95 年にヨハネ・パウロ 2 世の『生命の福音』が公表されます。ヨハネ・パウロ 2 世はこの『生命の福音』の中で、生命倫理に関する諸問題を網羅的に扱っていますが、特に

気にかけていたのが受精卵の問題でした。私が在外研究でイタリアを訪れたのは 1995 年の秋でした。『生命の福音』が出されたのは 3 月でしたが、当時イタリアでは、人の始まりがいつかという議論で持ちきりで、安楽死の研究に来たと言ったら、それはもう解決済みで、今しなければならぬのは体外受精卵の問題だ、と言われて、いろいろな研究者からヒト胚に関する文献を紹介されて面食らったことをよく覚えています。

ヨハネ・パウロ 2 世が生命アカデミーという新しい機関を、1603 年に創設された科学アカデミーとは別に新設したのは、将来、現在のような事態、生命科学技術の進展に伴って、着床前診断や代理母、遺伝子操作など、新たな問題が次々と生じてくることを見越して、それに手を打とうと考えたからでした。科学アカデミーだけではなぜ駄目かということ、ここには倫理の問題が入ってくるからです。ヨハネ・パウロ 2 世は生命アカデミーのほかに、社会科学アカデミーも新設し、社会科学の問題についてはまた別の組織で対処する体制を整えましたが、当初、ヴァチカンが取り組もうと思った一番の課題は、この受精卵の保護の問題でした。

97 年にクローン羊ドリーが誕生すると、生命アカデミーは直ちに『クローンに関する考察』という文書を出して、この中で、クローン技術は「生み出されるクローンの尊厳に反する」ということを明確に指摘します。欧州議会がそれを追ってクローンの禁止決議を出します。

ところが翌年、クローン胚から ES 細胞を作成する研究目的のクローニング——当初、「治療目的のクローニング（セラピューティック・クローニング）」という言葉が使われましたが——、の研究計画が提示されます。クローン胚を作って、そこから ES 細胞を作ることができるということになりますと、生殖目的のクローンには反対するとしても、拒絶反応のない再生医療の進歩のために、ES 細胞を作成するためのクローニングを合法化しようとする動きが生じます。欧州議会は 1998 年に、生殖目的のクローニングのみを禁止する追加議定書を出します。生命アカデミーのほうでは、2000 年に『ES 細胞の作成と科学的・治療的使用に関する宣言』を出して、これに対抗する態度を明確に表明します。この文書の大半は、生物学の専門的な議論を扱っています。ヒトの生命の始まり、受精のメカニズムに関する生物学の議論が徹底的に検証されています。ヨーロッパでは当時、分子生物学者、発生学者、ヒト遺伝学者がこの議論の主たる担い手でした。この議論を踏まえて、哲学者や倫理学者が後に参入します。

2003 年に生命アカデミーは、もう 1 つ別の文章を出します。これは当時、国連でヒトクローニングの是非をめぐる議論が紛糾していたのを見て、国連の議論に影響力を及

ぼそうと考えたのです。『国際的な議論におけるクローニングの禁止』。これは当時展開されていた議論をひとつひとつ取り上げて、批判検討を加えたものですが、これも科学、倫理、法律の3段階の構成になっていて、それぞれ別の章を設けて議論していくのです。まず生物学的な事実はこちら、それをもとにして倫理を考えるとこう、さらにそれをもとにして法律を考えるとこうなる、ということをして3つの段階に分けて議論していくのです。

2004年にヴァチカンの国務省——外務省に当たる機関です——が、対外向けに、国連の議論にいつそう影響力を及ぼす目的で、生命アカデミーの文書を踏まえて、もう少し短いコンパクトな文書『ヒトクローン個体産生禁止に関する国際協議に向けて』を作成します。功奏して、2005年に国連でクローン全面禁止宣言が出ますが、条約にはなりません。このような国際的な動向の中で、イタリアでは国連宣言の前年に生殖補助医療に関する法律が成立しますが、これは先ほど申し上げたように、クローンを全面禁止し、ヒト胚を用いた実験もすべて禁止という厳格な立場を取っています。

2006年に生命アカデミーが『着床前の段階のヒト胚』というパンフレットを出します。これは一般の人向けの平明なもので、ヒト胚に関する科学的事実と法的保護の必要性について記した、広報活動というか、教育活動のためのものです。そして2008年に教理省、これは先ほど言ったヴァチカンの教えを司る、一番権威のある部署なのですが、そこが『人格の尊厳・生命倫理の幾つかの問題について』という文書を公表して、この中で体外受精、それから代理母の問題、生殖医療等の個別の問題についてコメントしています。

ですから、今後、カトリック教会の生命倫理の公式の見解として冒頭に掲げられるべきなのは、今、最後にご紹介した教理省の文書なのですが、これまで述べてきた基本構造は一つも変更されていません。科学と倫理、そして始まりのときから尊厳と人権を守ること、生命権だけではなく他の重要な人権も守ることです。

以後のスライドは、生物学、シエンツァのさらに詳しい説明を書いたものです。簡単にご覧いただければと思います。これはギルバートの発生生物学の教科書に掲載されている写真です。権威のある生物学の教科書なのですが、この中で人の始まりは——わかりづらいかもかもしれませんが——上段左が受精前の卵子です。上段中央が人の始まりです。卵子の核が成長して前核を形成します。ここでは卵子のイオン構造が全部変化して、カルシウム波が受精卵全体を覆います。新たな人の個体の発生の時点です。私は見たことはありませんが、この瞬間は、顕微鏡を通して肉眼で見ると、一目でわかるのだそうです。卵子の状態が一変するのだそうです。卵子のイオン構造が一挙に変わる

ということは、そこで別の個体が発生するということなのだそうです。先ほどの小門先生のフランスのお話では、医師会が割合好意的だということでしたが、医師たちは普段こういうものを目にしていますので、人の始まりが受精のときだということ、多分自分の感覚として知っているのだらうと思います。

次のスライドは詳しく書いただけのもので、後でご覧いただくことにして、問題は、科学的事実をめぐって議論が戦わされたということに先ほど触れましたが、その事情を少しご説明したいと思います。ヒトの始まりが受精時であることに異論を唱えたのは、マコーミック、彼はイエズス会の神父で、ジョージタウン大学ケネディ研究所の倫理神学教授です。彼は医学の専門家ではありませんでしたが、生物学者グロブシュタインと共同で、14日目までの胚はまだ胚以前の段階の **pre-embryo** であると主張する論文を執筆しました。

イギリスで世界で初めてヒト胚研究の道を開いたのはウォーノック委員会でしたが、その委員として一番発言力を持ったのはマクラレンでした。マクラレンは発生生物学者で、日本でES細胞の研究をしている中辻教授の先生でもあります。ウォーノック委員会は様々な専門家を集めた委員会で、生物学の知識にみんな乏しかったところで、マクラレンがこのプレエンブリオという概念を持ち込んだのです。受精卵もエンブリオですから、「エンブリオの前」を表すプレエンブリオという語は、まだ新たな人ではないということを含意します。「受精後14日目までエンブリオは存在しない」ことを示す、そういう新しい「プレエンブリオ」概念を作って、ヒト胚を使った実験を推進したい人たちに研究推進の口実を与えました。

ノーマン・フォードもカトリックの生物学者ですが、14日目までの胚は一卵性双生児を生ずる可能性があるから、まだ人の個体ではないと主張しました。先ほどの、個人を重視する自己観の持ち主にとっては、個人かどうかは非常に重要です。フォードは、一卵性双生児を生ずる可能性のある受精卵はまだヒトの個体、すなわち個人とは言えないから、「まだ細胞の塊にすぎない」と主張しました。

フォードの見解は、日本でも大きな力を発揮したと思います。日本での議論も14日目まではまだエンブリオではないということを前提に、簡単にゴーサインが出たと思います。要するにヒトの生物学的な始まりがいつか、この点が決定的なポイントなのです。人間の尊厳や人権を守るべきということについては、おそらくみんなの合意が得られると思いますが、受精卵に人という身分を与えなければ、簡単に実験材料にすることができるわけです。ヒト胚研究の是非について、科学の議論が一番大事だったのはこのため

です。受精後 14 日目までは、まだ人が発生していないというのは科学的な誤謬（ごびゅう）です。プレエンブリオという言葉も、今日ではすでに発生学では用いられていません。一卵性双生児のメカニズムはまだ実証されておらず、フォードの見解も一つの仮説にすぎません。生命アカデミーの見解では、受精時にすでに個体が確立している。しかし初期の胚は可塑性に富んでいるので、なんらかのアクシデントで2つに分かれたとき、もう1つの個体が発生する可能性がある、ということです。シャム双生児のように、14 日目以降でも一卵性双生児が発生する例もあります。

以下のスライドは、もう一つのコシエンツァについての説明です。これは国際法と生命倫理原則の確認です。世界人権宣言には、人間である限り、誰でも例外なく人間の尊厳と基本的人権を認められるべきである、との原則が記されています。人間の尊厳原則の起源は、世界人権宣言の半世紀前、1890年に発されたローマ教皇レオ13世の回勅『レールム・ノヴァルム—資本家階級と労働者階級の権利と義務』でした。19世紀最大の社会的不正義は、労働者の問題でした。労働の搾取の問題です。労働は人間の営みの1つであり、人間の生活と切り離せないものです。ですから、経済効率だけを追求してはならないので、人間らしい働き方というものがあるはずなのです。今日では労働基本法が整備されていますが、当時、労働者の権利は保障されておらず、経済発展のために大規模な労働の搾取が行われていました。その不正を糾弾したのが『レールム・ノヴァルム』でした。

先ほど社会科学アカデミーの話をしました、今日のカトリック教会の社会正義についての基本文書が、この『レールム・ノヴァルム』です。「人間は経済発展の手段ではない」。今日の生命倫理問題もこの応用編です。「人間は科学の発展のための手段ではない」。両者はまったく同じ構図です。「人間の尊厳」原則は、戦後、国際的な医学研究倫理の最高原則にもなっています。世界人権宣言自体、ナチスの医師たちの人体実験に対する反省から生まれたものなのですが、世界医師会もヘルシンキ宣言を出して——これはヒポクラテスの「医の倫理」の現代化と行うことができると思います——、医学を発展させなければならないけれども、被験者の利益を優先しなければならないことを明確にしています。

最近の国際的な医学研究倫理の一つとして、96年の生命倫理条約を挙げることができます。生命倫理条約というと、一体どのような内容のものかわかりませんが、正式なタイトルは『生物学と医学の適用に関する人権および人間の尊厳の保護のための条約・人権と生物医学条約』というのです。「人権と人間の尊厳の保護のための条約」である

ことが明確にされています。

次のスライドのクローニングの国際規制については先ほど触れましたが、ここでは生殖目的のクローニングがどのように人間の尊厳に反するかを、少しご説明致します。これはハンス・ヨナスというユダヤ人哲学者の言葉です。「ヒトクローニングは、方法においてこの上なく専断的であり、目的においてこの上なく奴隸的な遺伝子操作の形態である」。ヴァチカンの文書もこれを引用しています。別の言葉で言うと、ヒトクローニングは「優生計画である」。優生計画という言葉もヨナスの表現ですが、ここで問題にされているのは、クローン技術によって作成されるクローン人間の尊厳と権利です。どのような権利が侵害されるかという、異性の両親から生まれる権利、それから家族や親族を持つ権利です。生きる権利だけではなくて、どのようにして生まれてくるか、生まれ方に関わる権利です。人は誰でも自然の生殖においては、お父さんとお母さんから生まれてきます。家族や親族を持つ権利は、水平方向と垂直方向、両方の方向の家族・親族関係を持つ権利です。クローン羊ドリーの母親は、年の離れた双子の姉です。父親はありませんが、父方と母方の祖父母が遺伝学上の父母に当たります。ドリーのようなクローン技術によって生まれた人は、垂直方向の子孫との関係も、水平方向の親族関係も複雑な環境で人格形成をしなければなりません。

それから、クローン胚の自己決定権も問題にされています。卵子がどうやって受精するのか、どの遺伝子をどのようにプログラミングするのかは、誰かが決めるものではありません。第三者が恣意（しい）的に決める、あるいは操作するのではなくて、その卵子自体が選び取っていきます。偶然に定まるというよりは、卵子とその精子の出会いによって、いろいろなことが決まっていく。人はみんなそのように、誰かに決定されたり干渉されたりしないで生まれてくる権利があるのに、クローン技術で生まれてくる人間は、最初から操作されて、遺伝子を決定されて生まれてくる。これは「優生計画」である。そして、これとほぼ同じ論理で、着床前診断も非難されることになるのです。

クローニングの禁止をめぐる国連での議論の際、アメリカはクローンに反対する側に回ったのですけれども、実は、反対の理由をまったく見出すことができませんでした。同じく日本の刑事法学者の間でも、クローン禁止の根拠について多くのものが書かれてきましたが、どれも歯切れが悪いのです。個人主義生命倫理学の立場をとる限り、クローン禁止の根拠を見出すのは無理です。個人の自己決定権を認め、受精卵の人権や尊厳を認めないのであれば、子どもを持つ権利、リプロダクティブ・ライツを主張する側が勝つに決まっていますので、クローニング禁止の根拠は出てきません。しかし、生命の開始

時から人権や尊厳を認めれば、クローン禁止の根拠は全部きれいに説明できるわけです。アメリカが全面禁止に賛成したのは、結局、当時のブッシュ政権が保守的な立場を採用していたためでした。フランスは戦勝国でもあり、優生思想に対して割合寛容なためか、反対に回りましたが、ドイツとイタリアは優生思想に対する反省——敗戦国ですので——が効いていて、人間の尊厳原則にも非常に敏感であるという事情などもあるのではないかと思います。

人間の尊厳原則に対する異論は、人の倫理的地位、すなわち人格概念をめぐる展開されます。これは哲学の分野では大変な論争になっているところです。人格とは何か——この議論にはもうあまり立ち入りたくないのですが——今度は生物学の議論から離れたところで、生物学ではそうかもしれないけれども、「人格とは何か」という問題は必ずしも生物学のみに縛られないのではないかと、独自の人格概念があってもいいのではないかと議論されます。しかしそのようなことを誰かが言い出しますと、それはもう100人いたら100とおりの人格概念が生まれても不思議ではないわけです。

代表的な見解は、自意識を重視する立場です。「人格とは理性的な、自意識のある存在だから、自意識または人格性を示す他の外面的な行為、態度、能力を持たない人は人格ではない。したがって尊厳と人権も持たない」と主張します。3歳児、植物状態の人は人格とは認められないので、生きる権利もない。したがって自由に殺してもかまわない、少なくとも生命権の侵害はないことになります。この論理でいくと、ヒト胚ももちろん人格とは認められません。では、3歳まで人格ではないのか。そう主張する見解もあります。多くは、14日目までの初期胚は、少なくとも知覚能力をつかさどる神経細胞の元である原始線条がまだ発生していないから、当然人格ではない、と主張します。しかしこうなってくると、人格の開始時点については、本当にいくらでも線が引けるので、いろいろなバリエーションが考えられることになると思います。反論するほうも大変です。

しかし、この考え方の一番の問題点はどこかと言うと、この論理は、奴隷制を肯定するための論理と同じであるところです。ヴルテニウスという法律家(1565年～1632年)は、奴隷制を肯定するために、初めて法律の領域にこの人格概念を持ち込みました。そして人格性をそなえた者の尊厳だけを認めようとした。人格でない人間は、物扱いしてもよいことになります。これは、奴隷制を許す論理なのですが、同じように、14日目までのヒト胚を物扱いすることを許す論理が、今、復活していると言うことができます。

これに対する反論として、レジメにはグアルディーニの見解を挙げました。「本来の人格概念は、自己支配、人格的責任、真理と道德秩序のうちに生きる能力を意味する。それは、年齢、身体、心理状態、自然的素質によるものではなく、存在に関わるもの (existential) であり、精神と身体の合一である人間の本質を構成する精神的靈魂 (spiritual soul) によるものである」。大事なのは「存在」であって、人間の尊さは「精神と身体の合一である人間の本質を構成する精神的靈魂」だとされています。すなわち、人間は物質、DNA だけで構成されているわけではない。物質と、物質でないもの、すなわち身体と精神との両方から構成されている。そして人間の本質は精神の部分にある。しかし両者は不可分に結びついて切り離すことができません。肉体があるところに即ち精神がある。この考え方は、ときどき誤解されるように、精神だけを大事にして肉体を軽視するものではありません。

これはシスティーナ礼拝堂の天井に描かれているミケランジェロの「アダムの創造」です。アダムは立派な肉体をしていますが、力がありません。まだ精神が宿っていないからです。今、右側にいる父なる神——キリスト教の「三位一体」の神である、「父」と「子」と「聖霊」の「三位」のうちの「父」——が、アダムに精神を吹き込んでいるところです。それによって命あるもの、生きるものにしたのです。アダムは神が創造した最初の人間で、これが「クリエイション (創造)」です。神はその後、人間の創造を人間の男女に委ねたので、人間は現在、生殖によって新しい命を創造しています。それで、人間の生殖をプロクリエイションと言います。

このフレスコ画では、肉体が先にあって、後から精神を吹き込んでいますから、ここには少しインターバルがあります。トマス・アクィナスは今日のカトリック神学の基礎を築いた 13 世紀の神学者ですが、彼が唱えた「遅延入魂説」をめぐる、——我々には信じがたいことですが——神学者や哲学者の間では、今日かなりさかんな議論が見られます。しかし、トマスが遅延入魂説を唱えた当時、まだ卵子は発見されておらず、ヒトの生殖のメカニズムは、精子が女性の子宮に入ると、子宮内の血液が凝固してヒトのもとになると考えられていました。つまり、精子が女性の胎内に入って血液が凝固するまで、新しいヒトの発生まで、数日間のインターバルがあると考えられていたのです。遅延入魂説は、このような誤った生物学を前提にして唱えられものだったので、1827 年に哺乳類の卵子が発見され、受精の生物学的メカニズムが解明されると、ほとんどの神学者によって放棄されました。ところが、遅延入魂説は後世の倫理学者によって再び取り上げられます——中絶合法化を根拠づけるため、そして今また初期胚の実験利用を

合法化するために。

これは、ヒト胚をテーマに 2006 年に開催された生命アカデミーの国際会議のプログラムの表紙に使われた 14 世紀の絵です。右側の赤い服を着ているのがマリアです。マリアのおなかの中にはイエスがいます。そして左側にいる女性、エリサベトのおなかの中には洗者ヨハネという預言者がいて、2 人が出会ったとき、おなかの中の子が喜び躍った、と聖書には記されています。

この絵を生命アカデミーが使ったのは、生まれる前の子どももコミュニケーションしていること、人と人とのかかわりをしていることを示したかったからだと思います。そして、次のような人格概念を提示します。「個人」だけが孤立してあるのではなくて、人と人とのかかわりが人格にとって不可欠な要素である。その人格的なかかわりは、自意識のレベルに限られません。ヨハネと洗者ヨハネは、母胎内において自意識はなかったかもしれないけれども、何かを察知してコミュニケーションしていた。それは、精神的なコミュニケーションなのですが、それを示したかったのだと思います。

生命アカデミーの文書は、この絵について直接解説しているわけではありませんが、先ほど水野先生がおっしゃっていた「胎児と母のコミュニケーション」が生化学のレベルで行われていることを、子細に証明しています。受精卵、胚が子宮に着床する時期はごく短期間に限られていて、子宮はこの期間を過ぎれば胚を受け入れません。この着床期の子宮の受精卵に対する許容状態は窓にたとえられて「着床ウィンドウ」と呼ばれています。このウィンドウが開くのに合わせて、胚も着床できる状態に変化するのだそうです。このように、母と子の間では、生化学レベルで非常に猛烈な対話が交わされています。したがって、着床は、母親が一方向的に決めるのではなくて、子どもと子宮との間のクロストークなのです。双方の条件が整わなければ着床は起こらないことが、生物学的に明らかにされています。ヴァチカンも胚が母との間でこのような生化学的なコミュニケーション、物理的な対話が交わされることを証明して、胚が人格であることを示そうとしているのです。

時間がなくなってしまいましたが、最後に生殖補助医療についてお話させていただきます。これも、シエンツァとコンシエンツァの両面から考察する必要があります。

まず、シエンツァ、科学面。技術的な問題のほうでは、生殖補助医療技術はまだ研究段階にあることが明らかにされます。もしそうだとすると、ヒポクラテスの誓いに基づかれているように、「害するな」が優先します。科学を進展させることはよいことですが、しかし害してはならないのです。まだ実験段階にあるということは、母親も胎児も、こ

の技術によって害する可能性があるということです。

母親に対する害としては、まず第一に、妊娠率が非常に低いことが挙げられています。95%の成功率を得ようと思ったら、平均 15 回の施術を繰り返さなければならない。それは母親に強度のストレスを与え、多くの者がうつ状態に陥ります。不成功に終わる女性の 8 割が深刻な損害を被るのだそうです。

先ほど、大した問題ではないように言われていましたが、過剰排卵症候群というのは、死亡する場合もある、極めて危険な状態です。排卵誘発剤を使って一度に多くの卵子をつくり、それを体外に取り出すことは、後にホルモンのバランスが狂うなどして、かなり大きな負担になるようです。また、着床前診断を経た場合、妊娠率は非常に低くなります。着床前診断によって選別された胚の出生率は 3%未満です。普通の生殖補助医療技術の場合は 20%程度ですから、妊娠率は極めて低い。これもまだまったくの実験段階ということが出来ます。

顕微授精は、人間の体軸を恣意的に決定します。精子が卵子に入り込む位置が、背骨の位置になります。それを、適当な場所に注射針を刺して精子を注入しても大丈夫なのか。恣意的に体軸の位置を決めてしまってもいいのか、このような人為的な操作は許されるのか。

他方、生まれてくる子どもに対しても深刻な損害を及ぼします。自然流産、早産、低出生体重児、——この低出生体重児というのは、要するに成長が不全だということです。重い病気になりやすいなど、将来子どもにさまざまな負担を与えることとなります。それから凍結。凍結されることで、受精卵は何らかの損傷を被る可能性があります。さらに、健全な人格形成の困難。先ほど言った親戚関係の複雑化などです。ヴァチカンでは生殖に対する医療技術の介入はすべて否定されるべきだと言っているのではなくて、科学はもっと別の方法を探求すべきだと言いたいのです。科学というのはそんなに弱いものではない。倫理の限界に行き当たっても、別の道が開けるはずなのです。ですから、現在の生殖補助医療技術を無理に押し進めるのではなくて、倫理を曲げないで解決する方法はないのか。

今、ゲノム・プロジェクトの成果によってかなりの不妊の原因が特定できているのだそうです。これは、親のほうの遺伝子治療を可能とするものです。そしてこれこそが不妊の根本的な解決につながる本筋なので、こちらを一生懸命にやりなさいと、専門の研究者に働きかけるようなことをしています。

次にコシエンツァ、倫理面。「生殖の尊厳」を唱えます。英語では **dignity of procreation**

で、先ほど触れたとおり、reproduction ではありません。物質レベルでは動物と同じ reproduce かもしれませんが、生殖の結果もたらされる人間は reproduction（複製品）ではありません。人間は精神的な別の次元を帯びているので、procreation という別の言葉を使います。

カトリック倫理は、愛と生殖の一致を説きます。身体的一致と精神的一致は同時に存在すべきである。愛の実りが新しい命の創造でなければならない。産児が科学技術の成果やプロダクションであってはならないのです。それは、物質面だけを押し進めるものであって、優生学と同じだ、と言うのです。ですから、労働の精神性、労働の尊厳を労働問題に持ち込んだのと同じように、生殖の精神性をどう考えるか、生殖補助医療にどのように盛り込むのか。この「プロクリエイションの尊厳」の考え方によっては、各論レベルではカトリックほど保守的でない別の答えがあるのかもしれませんが、原理的にはこういう考え方が取られています。大事なのは、生殖の精神的な次元を重視すると、どうなるかということです。ここに何を盛り込むかは、それぞれの宗教や文化的事情によって多少変わってくるのだらうと思います。

イタリアの生殖補助医療法は、基本的にはカトリックの考えをほぼフォローしたものになっています。男女の愛と生命の創造の一致ということは書かれておりませんが、その考え方が背景にあります。

法施行後の実施状況なのですが、昨年4月に施行5年後の報告書が出ました。3年後の報告書も出されましたが、最も注目されるのは、受精卵が何人救われたかという、その詳細なデータが示されていることです。報告書は、もし法律が施行されていなければ凍結されていたであろう受精卵の数を各医療機関ごとに割り出して、5年間で大体12万人救ったということを記しています。そして、凍結される胚の数を減らしても、妊娠率に差はなかったのだそうです。ですから、技術の効率に変わりはない。2009年のレポートの課題は、母親の負担の軽減が数字に表れていないことです。先ほど言った過剰排卵症候群など、母親の負担はこの法律では解消できないから、今後これからどうするかということを考えるべきだ、そういう方向が示されています。

すみません、大急ぎでしたが、以上で終らせていただきます。

<質疑応答>

質問者 1：3 ページ目の資料によりますと、やはり英米欧諸国の生命倫理と大陸法諸国の生命倫理は違う。一方は個人主義、一方は人格主義を目指しているかというのは、今

日は僕もそのとおりだと思っていますけれども、微妙に僕が考える人間の尊厳というのと、秋葉先生がおっしゃる人間の尊厳というのは違います。それはそもそも訳語の問題から明らかです。つまりドイツ語であれば人間というのはメンシュ (Mensch) というわけで、尊厳は、この Mensch、英語で言うと human being に備わるものであって、必ずしも人格というものに備わることを考えていないわけなのです。

ですから、1つ例を挙げると、人格権という言葉が強くなりましたけれども、ドイツで人格権というと、自分自身のオリジナルな生き方を形づくっていくという意味なのです。自分の人格を展開していく権利、と〔ドイツ〕憲法第2条〔人格権〕は説明されます。イタリアの人格権というのは、途中でおっしゃったように、例えば両親から生まれる権利なのだと。家族とのつながりを持つ権利なのだとおっしゃるので、微妙に同じ人格権という言葉でも違いがあるのではないかと思いました。

やはり一番違うのは、例えばドイツ憲法、今日の短い時間では説明できないと思いますが、ドイツ憲法に取り入れられた人間の尊厳という概念に、一番決定的なのはカントの哲学です。それ以前、歴史的には人格主義の分脈から生まれてきたのは確かなのだけでも、カントと1945年以降のそれへの反省に立っている。ドイツの〔法と倫理〕審議会も、もはやキリスト教という特定の価値観には基づかないと言います。しかし、必ずしも反宗教的なわけではなくて、多元的な価値観に基づきます。その中にももちろんキリスト教カトリックも入ってきます。しかし、ほかの価値観を持つ人たちの総意でもって、その後憲法は支えられているのだという認識を持っているわけです。

もう1点だけ触れておきたいのは、関係的自己というもののとらえ方に関して。受精卵から人であるとカトリックでは捉えます。しかしドイツの審議会報告書などでは、産まれてからは完全に人であるとは言えるのだけでも、尊厳が備わるのはあくまでも人間なので、受精してから産まれるまでの間、その存在は人間の生命であって、人であるとも、人でもないとも言わないわけです。パーソン論のように人でないと言い切らない。しかし、人である、そこには魂が存するのだという言い方はできないのだと思います。

ツバイハイト・イン・アインハイト (Zweiheit in Einheit) という概念があります。中絶問題に関して言えば、胎児がもし人であるならば、その人を殺したのならば殺人罪に問われるわけです。ですから、墮胎罪はそもそもいらなくなるし、中絶した女性、医師は殺人罪に問われて何十年も刑務所に入れられるべきということになります。しかし、それを墮胎罪という形で、あるいはドイツのように相談を挟むという形で、未来への取り組みにつなげていけるのは、やはり〔人であると言い切ることに対する〕懐疑的態度

のためだと思われます。やはり人であると言いきってしまわないという違いは大きいと思っています。

秋葉：幾つかお答えできると思います。最初のメンシュとパーソンについて。パーソンという言葉はもともと「人格」という意味ではなくて、「ペルソナ」(persona)という神の位格のことでした。神には「父」と「子」と「聖霊」の3つの位格があります。それがペルソナ、パーソンなのです。「父」と「子」と「聖霊」の3つで1つの神なのです。その3つは相互にやりとりするのです。「父」と「子」から出る「聖霊」は愛だと思っています。いいのですが、その「父」と「子」が愛の交流をする、それがキリスト教の神です。よく一神教と言われるのですが、3つのペルソナがあって、その交流自体が神なのです。

今、このペルソナ概念を重視して、議論を組み立てることを試みています。稲垣良典先生というトマス・アクィナス研究の大家が、最近、「自存する関係」というトマスのペルソナ概念に着目しています。「自ら存在する関係」、これがトマスのペルソナ概念です。

人格についてはいろいろな説明の仕方があります。人間とは何かを定義するわけなので、人間のどの部分に目をとめるかで説明は全然違ってきます。ドイツがカントをもとにしているのは、共通の哲学で議論をしようと思ったからです。キリスト教の神学の部分を切り捨てて共通の概念のみを取り上げて世俗的な哲学にしようと思ったのがカントですけれども、下手をすると理神論になります。

今おっしゃったようなことは、神学者の間でさかんに議論されています。イタリアでいくつか、カントの悪いバージョンがたくさん生命倫理で使われている、カントの読み直しが必要だ、ということを描する文献を手に入れました。読みこなせなくて断念しましたが、理神論的な部分の強調に対する警告は、いろいろなところで発せられていて、人格概念の定義のし直しという、先ほどの稲垣先生のような取り組みも出てきたということです。

人格あるいは人間の始まりがいつかということについては、今日は説明できなかった部分なのですが、たとえばブロックで橋を造るときに、最初のブロックを1個置く。このとき、それは塀か家か橋かわからないです。しかしその橋の設計者は、橋を設計したのですから、その橋を造るための最初のブロックを1個据えたときに、そのブロックは何かと言われたら、マテリアルはブロックですが、フォルムは橋です。最初の1個のと

きから橋です。ですから、物理的なヒトの始まりがあれば、その生命体の DNA がヒトの DNA であるのであれば、それはもう人間なのです。そういう議論をしています。しかしフォームとマテリアルを持ち出すのは形而上学だといって、以前、研究会で日本の哲学者に批判されたことがあります。

中絶の問題は、人間の始まりの問題と一緒に論ずると話がややこしくなります。これは別の問題です。母体外に受精卵が存在していて、それを毀滅できるかどうかという議論と、おなかの中にいる赤ちゃんをお母さんが中絶してもいいかどうかという議論とは同列には論じられません。ですから、これは別の倫理の問題としてとらえます。

これについても、今イタリアで中絶法の見直しも始まっています。きちんと議論をフォローしていないので今、ご説明できないのですが、数年前、この問題について簡単な論文を書きました。人間の命を殺すことは、法的には違法です。正当ではありません。人殺しは正当防衛など、いくつかの例外を除いて基本的に違法ですが、違法行為を犯したお母さんの行為を処罰するかどうかは別の問題です。

刑法は違法であるだけで処罰しません。違法性と責任と両方がなければ犯罪は成立しないのです。強姦されたような場合、中絶するなということとは言えない。この場合お母さんには殺すなということを期待できません。「期待可能性の理論」というのがあって、あるいは、「緊急避難」のような条文もありますので、刑法上は責任阻却という形で、これは犯罪にはなりません。これが私の理解です。

つまり、人をあやめることについては、正当である、すなわち違法性がないとは言えません。そのときお母さんが殺すことが「正しい」とまでは言えないです。しかし、中絶の違法性は維持するけれども、そのお母さんについては責任を阻却することができます。けれども、シャーレの中の受精卵を誰かが壊したときに、そういう期待可能性の理論は使えないですから、体外受精卵の議論をするときに、その妊娠したお母さんと赤ちゃんとの関係を持つてくることは全然違う、というのがヴァチカンとイタリアでの議論です。

質問者 1: 1つレンガを積んだとき、それは橋のマテリアルだけれど、すでに橋のフォームもまた別にあるというお話をされました。しかし他方では、神と子と聖霊の関係にならって共同性をもつ人と人との関係の中の人なのだとおっしゃいました。

胎児という存在は、生物学的に切り開いてみれば、そこに受精卵があり胎児がいるのでしょけれども、妊娠という状態では、妊娠という事実をその人しか知らないかもし

れないし、その人さえ知らないかもしれないのです。ドイツの第二次墮胎判決が言うには、もう既に中絶するかしないかというときには、自分自身の運命がミットベシュティムト・ザイン(mitbestimmt sein)、つまり子どもとともに定められている状態だとされます。

ですから、ヴァチカンのように生物学的な説明だけから胎児の法的地位というものを導くわけではなくて、ある社会的な意味での人間のとらえ方から答えを見出しているところが違うと考えています。

秋葉:先ほどお答えするのを忘れたところですが、母と子の間には、先ほどご説明した、生化学的なレベルでの交流はあるのです。お母さんが子どもを下ろそうと思っても、あるいはお母さんがまだ妊娠していることを知らなくても、子宮の中で生化学のレベルでたんぱく質やホルモンのやりとりがあります。交流です。

もう一つは、カントの理神論を先ほど批判したのですが、今ヴァチカンで試みようとしていることは、自然道徳法をもう1度構築しようということです。ハーバーマスとラッツィンガー（現教皇ベネディクト16世）の対話が行われたのですが、ラッツィンガーはこのとき、「キリスト教の倫理は普遍ではない」ということをはっきり言っています。ハーバーマスは「対話」をします（ディスクール）。ですから、個人主義生命倫理が反抗から出てきたことは間違いないのだけれども、両者は協調できないから決裂、というのではなくて、どちらも普遍ではない。カトリックも、とにかく現教皇が普遍ではないと言っています。それで、ヴァチカンで今目指しているのは自然道徳法です。それで、他宗教の人を招いて一緒に会議を開催したりしているわけです。つまり、共通点を見出そうというのです。

人間の尊厳概念を世界人権宣言に持ち込んだのはジャック・マリタンでしたが、これは、彼が一番心配していたことでした。人間の尊厳という概念はキリスト教以前にさかのぼることができるようですが、うまく共通の意義を見つけていかないとバラバラになってしまうということをマリタンはすごく心配していました。ヴァチカンが今目指しているのは、それを構築するための対話を続けていって、何とか共通項を見いだせられないかということなのです。それをかなり組織的にやっています。

質問者2:今のお話に関連して伺いたいのですが、例えば神道とカトリックの生命倫理観の共通の可能性というのを伺いたいのですが、具体的には日本の宗教の場合、

平田篤胤がマテオ・リッチなどの漢訳のカトリック関係の書籍の影響を受けて、幽冥論を展開し、そこで死後の審判概念であるとか、オオクニヌシが死後の世界を統一していて、それをゴッドだというように表現しているのです。

ですが、明治以降にいわゆる国家神道が整理されていく過程において、天皇制に抵触しないように教義が変えられていってしまっていて、死後の審判概念というものがなくなってしまいましたし、その死後の世界を統一していたオオクニヌシというのは、アマテラスの下に置かれる存在として変えられていったという経緯がありまして、ただ戦後になりますと、GHQが神道指令を出してきて、神道の存続が危うくなっていくという状況が出てきますと、特に折口信夫が戦前からの国家神道批判を展開させて、神道の普遍宗教化ということを明確に主張して、死後の審判概念の復活や、オオクニヌシを中心として一神教的な神道を主張します。戦後、GHQによる神道指令によって神道の存続が危うくなっていくと、神社本庁がかなり積極的に折口の思想を取り入れようとする流れがあって、同時期に例えば高松宮が神道はキリスト教とタイアップするべきだということを描けるのです。特に、教学面において、神道にはそういう教学が欠けているので、キリスト教から教学部分を借りるべきだということが主張されていきまして、歴史的に言えば、神道指令の適用条件が緩和されて、神道の存続が決まったことによって、折口であるとか、高松宮のような神道のキリスト教とのタイアップ説というのが、実は追放されていくことになるのですけれども。

歴史的にはこういう経緯がありますので、私個人としてはかなり神道とキリスト教の生命倫理観といったものには共通性が見いだせるのではないかと考えていますが、その辺りかがお考えなのか、お聞きしたいと思います。

秋葉：最初にグレゴリアン大学に留学したときに、国学院大学から毎年研究生が来ていました。それから、後にローマ・カトリック大学でお世話になったセラ先生は、ヒト遺伝学の名誉教授でした。彼のところには大本教の人も勉強に来ていて、大本教ではそれをもとにして、ES細胞研究に反対の意見を表明したと聞いています。グレゴリアンには天理教と、創価学会の人も来ていました。私がヒトの初期胚の尊厳の話の依頼を最初にいただいたのは創価学会の研究機関でした。

大井玄先生の著書を引用させていただいたのは本日が初めてでしたが、大井先生の著書は、仏教のアラヤー識とか、そういう仏教の宇宙観、人間観に関する説明がかなりの部分を占めています。この中に無意識についての仏教的な説明があり、大井先生が別の

立場からカトリックと同じ結論を導いておられるのを見て、仏教とも接点があるのだらうと思いました。ですから、もともとヒポクラテスの「医の倫理」であるところからもわかるように、人格主義生命倫理が自然道徳法にかなった考え方であるとする、倫理の問題に敏感な人たちは、多分、この立場に賛同するのだらうと思います。ですから、神道と同じ考えであっても一つも不思議ではないし、カトリックがやっていることは、本当に「ヒポクラテスの現代化」ですので、普遍的に使うことができるのではないかと私は思っています。

今、富山県の医師会で、延命治療の中止の問題について取り組みが行われておりますので、イタリア医師会の職業倫理規則をご紹介します。倫理の問題を中心に、なるべく政治的なことや社会的なことなど、イタリアの特殊事情に踏み込まない範囲では、その原理・原則の部分など、考え方の基本線は同じではないかと思っています。

ですから、個別の対応では幾らか違いが出てくるかもしれませんが、故意に反対の立場を取らない限り、大体同じ方向で一致できるのではないかと思っています。あるいは、人間の尊厳以外の最高原理を持ちこまないのであれば、大体折り合っているのではないかと思っています。

質問者 3：補足と質問をさせていただきたいのですが、補足は、先ほどの私の発表でわかりにくい言い方をしてしまって申しわけなかったのですが、フランスでヒト胚研究を原則的に禁止をされていまして、今5年間、2006年から2011年の5年間に限って例外的に認められていまして、人のクローニングについては、刑事罰つきで禁止されています。

質問なので、生殖補助医療はすごく厳しいものだという印象がありまして、これに従うと、受ける女性の身体は結構負担が大きいようにも思えるのですけれども。というのは、例えば排卵誘発かけて出来た受精卵全部凍結しないと、全部移植するということですね。そしたら、多胎妊娠が……。

秋葉：2個までか、3個までか決まっています。

質問者 3：決まっているのですか。

秋葉：最初から受精する予定以上の数は作っては駄目なのです。

質問者 3：作れない。わかりました。では、卵子がたくさん採れても、それは2つ3つ以外には受精もさせず。

秋葉：させないです。

質問者 3：その卵子は廃棄するということですか。

秋葉：そうです。

質問者 3：わかりました。

秋葉：最初から受精させないです。

質問者 3：そこから作らないということなのですね。

秋葉：はい。

質問者 3：ありがとうございます。あと、イタリアにアンティノリ氏という有名な人がいたなと思って60代の女性に子どもを産ませたりとかしていましたが、生殖補助医療法ができるにああいう極端なことはできなくなると思うのですけれども、アンティノリ氏とか、そういう感じの極端なことをしていたような人たちは、生殖補助医療法への反対運動をしなかったのかとか、今はどうしているのでしょうか。

秋葉：アンティノリはセラ先生の生徒でした。イタリアに行ったときに先生は非常に怒っていました——カトリックの医学部ですので。結局、カトリックの医学部といってもやはりいろいろな人がいて、セラ先生によると、2割だけがいい医者であとはとんでもない、ということをついつも嘆いていらっしゃいます。しかし、アンティノリの事件については、彼はよくテレビに出て随分話したらしくて、セラ先生はそれを泣くほど怒っていらしたということです。

生殖補助医療法ができる前から、イタリアは医師の職業倫理が厳しくて、職業倫理規程に違反すると免許取り上げになってしまいます。彼が今どうしているかはその後、聞いていませんが、少なくともこの法律の施行によって完全にできなくなっただろうと思います。

先ほどご説明しなかったのですが、生殖補助医療法に対してはもちろん反対があって、2005年6月、スライドの32のところに書いてあるのですが、規制緩和を求める国民投票がありました。

日本の新聞でも報じられたのですが、規定の投票率に到達しなかった理由の一因は、ベネディクト16世の働きかけがあったようです。ローマ教皇がイタリアの国の法律に口を出したわけですので、政治的な介入ではないか、随分話題になりましたが、これが、先ほどお話ししたベネディクト16世のスタンスです。教会の社会正義に対するスタンス、これは人権問題なのだということ、彼は果敢に——私もびっくりしたのですが——反対を呼びかけたのです。結局、投票率は26%でした。

その後も、もちろん反対する産婦人科医、アンティノリのような人もイタリアには大勢いるのだそうです。そして、やはり先ほどのツアーです。ほかの国に行って受けることもあるし、産婦人科医も実は陰でやっていたりということもあるようですけれども、厚生省の報告書を見ると、一応これで動いています。

質問者4: それに関連して質問していいですか。生殖補助医療法ができたのが2004年で、結構遅いんですね。ですから、カトリック教会はずっと初めから反対していたとしても、法律になったのは遅いので、それまでにイタリア国内で、例えば代理出産で生まれた子どもや、あるいは国外に行って子どもを作ったとか、そういうのは結構あるのではないと思うのですけれども。それに対しては、先ほどから出ているような子どもの位置づけや、社会におけるメリットとか、それについてはどう思いますか。あるいは、教会はそういうことについてどのような発言していましたか。

秋葉: クロウンのときもそうだったのですが、生まれて来た子どもについては、とにかく人間ですから、きちんと法的な地位を与えて、尊重すべきであるということは、教皇が直接回勅の中で触れています。

質問者4: 提供精子や卵子、あるいは提供胚（はい）などで生まれた子もいると思うの

ですけれども……。

秋葉：生まれて来た、もう既に存在する人については、最大限尊重していくのは、当たり前だということです。

質問者 4：その子どもを依頼して作った両親の実子として、教会は認めているのですか。

秋葉：どうなのでしょう。そこの議論は見えていませんが、養子縁組を認めるべきだという学説は、以前目にしたことがあります。しかし実子というのは無理ではないでしょうか。

ただ、法律が制定されたときの文書を読むと、やはり世界に2つの考え方があって、女性の権利を優先する国と、それから子どもの権利を優先する国としてドイツが挙げられていましたけれども、その両方がある中で、どちらを選べばいいか。これは、主に医者たちが中心になって議論したのですが、やはり「それをいい加減にはいけない。後発の国としては、両方をよく見比べて、どちらが本当にいいのか選ぶべきだ」ということが書いてあって、議会で多数決を取って、随分いくつもの法案が流れたようなのですけれども、とにかくしっかり選択がなされました。

イタリアに行くといつも思うのですけれども、みんな教会にはあまり行かないのです。教会離れはイタリアでもひどい。ただ、人間のメンタリティ、弱い人に対する弱者保護の精神というのが、すごく行きわたっていて、その辺なのかなという感じがします。

ちょうど高藤さんの事件が起きたときに、ローマに居たのですけれども、同じような事件がローマでも起こって、帰ってきた女の子に対して日本はすごくバッシングがありました。イタリアでは、「天使が帰ってきた」と言っていて、いろいろなところでお祭り騒ぎだったのです。確かに、自分の身を顧みないで危険な場所に赴くのはよくないけれど、でもそうまでして人を助けに行く精神をととても高く評価するのです。

つまり、弱い人に対する保護の気持ちというのが非常に強い国民なのかと思います。ですから、随分早い時期から受精卵の問題は一般紙でも随分報じられていましたので、国民の中に割合それが行きわたっていたのではないのでしょうか。弱い人を守るということに対して、みんなが支持した、という感じはしました。

質問者 4：でも、アメリカの場合、卵子提供もそうかもしれないけれども、特に代理出

産の場合、それがキリスト教のチャリティ精神から来ているという説明をよくされるのです。「単にお金が欲しいからだけではなく、悩んでいる、苦しんでいる人を助けてあげたい。私にできることをしてあげたい。だから代理出産をするのだ」と。ですから、それもやはり同じようにキリスト教を引き合いに出して正当化するわけです。でも、カトリックのほうでは、そういうようにはならないのですね。今、弱い人を助けるとおっしゃったのは。

秋葉：その辺は、正しい助け方というのにこだわるのではないのでしょうか。ですから、科学ですか。科学的な事実をきちんと踏まえてやらないとだめだという、その辺ではないかという感じがします。

質問者 1：正しい助け方は、この場合どう助ければ良いと考えるべきなのでしょう。

秋葉：究極的には不妊の根本的な治療、誰も傷つけない方法で、全員の人権を尊重した解決の仕方、そこに行くのだと思います。ですから、iPS を作った山中先生をすごく高く評価しています。イタリアでは、随分前から ES 細胞と同じものを、受精卵を犠牲にしないで作る方法を推進するための国際会議を開催していました。

つまり、ただ反対しているだけではなくて、誰も傷つけない、誰も犠牲にしない、みんながハッピーな解決を目指す科学の 1 歩をちゃんと踏み出していくという、そういうことをやっています。もっと本当の、誰も犠牲にしない科学と倫理の発展を目指すのです。

質問者 1：不妊の根本的な解決が可能かと言えば、100 年 200 年では多分可能ではないだろうし、歴史哲学的に恐らく可能ではないと言わざるを得ません。要するに不妊は、人類が生きる限り、どんなに医学が進歩しても残ってしまう。そもそも代理出産にまで手を出さざるを得ないのは、どうしても子どもを欲しいからです。けれども、子どもを欲しいという気持ちをカトリックとしては自然なものとして想定するというのは、はっきりと言っていることですか。

秋葉：科学には限界がある、という議論になるのです。ヒポクラテスも限界を認めていたから、例えば腎臓の結石術は医者がやらないとか、それから脳死になったら、もうポ

イント・オブ・ノーリターンで蘇生（そせい）できないから延命をやめるとか、科学には限界があります。患者を救いたいけれども、患者はいつか死ぬわけですし、限界があるから、その限界を見据えて、何ができるかを考えます。そこが、マテリアルだけではないところだと思います。グリーフケアや、いろいろなものがそこで出てくるのです。エンジェルケアや、「おくりびと」がありましたけれども、家族のグリーフケア、それも医療の領域に入ってきます。それは医学が科学だけではない、スピリチュアルな次元を含むことを示すものです。

しかし、科学には限界があるので、どんなに子どもが欲しいと言っても、不妊を全部治せるわけではない。科学は科学で推進するけれども、いずれ科学がすべてを解決するかのように言うのは、逆にそれはインチキではないでしょうか。100年後、200年後に科学が発達したら、すべてが救えるということはないと思うのです。

できることは、科学には限界があるということを見据えた上で、いつも最善を尽くす。その方法としては、もしかすると遺伝子治療についてはゲノムプロジェクトのあと、随分不妊の原因が特定できているようですので、それ以上フォローしていないのですけれども、多分科学者たちは、不妊の根本治療に向けた取り組みを進めているのだと思います。

質問者 1：スピリチュアルなエンドという意味で頑張っている部分もある。しかし、科学研究という意味で頑張っている部分もあるということですね。

秋葉：両方で頑張るのです。

質問者 1：僕ばかり発言してすいません…。簡潔にうかがいますが、人格権とプライバシー権とは、どう違うのでしょうか。

秋葉：米国憲法に固有の、憲法上最高の権利としてのプライバシー権は、イタリアにはありません。人格権という言葉が無雑作に使いましたけれども、私が先ほど使った人格権という言葉の使い方は不正確だと思います。イタリアの法律における「人格権」の正確な概念については調べておりませんが、言いたかったことは、生まれてくるクローン児は人格である、あるいは人権を有している、でもいいかもしれないです。

生まれてくるクローン児は、いろいろな権利を持っているわけです。例えば、日本の

憲法は生きる権利も認めているし、参政権も認めているわけですが、生まれたばかりの子どもについて参政権を議論しても無意味です。「クローン児が生まれてきたとき、その子に当然認められるべき人権は何か」と言ったほうが正確だったと思います。

多分、出生後のクローン児には、身体の完全性の権利はもちろんあると思うのですが、ここで問題になるのは、もう少し別の議論だと思います。

つまり、人は異性の両親から生まれてくる。それは自明のことと考えられていました。しかしクローン技術はこの自明の事実を変更しました。ここでの問題は、どう生まれるか、「生まれ方」に関する権利の議論なのです。まだ人権が発生する以前のことを議論しているのです。その人が発生するときに、どう発生するか。そこが、多分、クローンのときに議論された一番新しい問題なのだと思います。アメリカの報告書はこれについて何も書けなかった。そのことが象徴しているように、これは、すでに権利の主体である個人の権利の話ではなくて、人間がどう生まれるか、生まれ方の権利の問題だと思います。

その意味で、全く新しいディメンションなのだろうと思います。私の今日の報告は、本当に申し訳なかったのですが、生殖補助医療の問題も、受精のときから人だということ認める立場だと、その後も受精卵の人権を根拠に全部カバーできる。しかし、どう生まれるかという権利までしっかりカバーするとなると、たとえば先ほどのヨナスではないけれども、「遺伝子操作されずに生まれてくる権利」というようなことになるのだと思います。

そうすると、先ほど人格権という言い方をしましたけれども、単純に人権と言ってもいいのかもしれないです。それは既存のものではないと思います。今まであったものではなくて、人権の保護をめぐる今起こってきた新しい事態、親から普通に生まれてくるのではない、別の生まれ方をしてくるときに、どういう権利を認めてあげるべきかという、その議論ではないかと思います。

質問者 1：今の話だと、例えば胎児の人格権を考えたときには、他人によってその存在が操作されていない、自分のオリジナルであるということを要求する権利が、人格権といえるかもしれません。もう少し育ってくれば、自分の部屋も欲しいだろうし、恋愛関係もあるだろう。そういうことを人に知られない権利がある。人格権に広い枠があるとすると、そのごく一部としてプライバシーの権利が位置づけられると考えてもいいですか。

秋葉：そのプライバシー権ということについて、イタリアでどういう位置づけになっているか調べておりませんので、正確にお答えできません。プライバシー権は、アメリカでは本当に基本的な憲法の権利の一番中心にある権利だけれども、「ヨーロッパでは、プライバシー権は憲法上の権利ではない」とグレンドンは指摘しています。

司会：少しその辺りご存じではないですか。

質問者 4：ヨーロッパのほうについては全然わかりません。

司会：アメリカでの基本的なプライバシー権のほうの説明を。

質問者 4：憲法にプライバシーの権利という言葉自体があるわけではないのですが、憲法の保障する基本的権利の一つとされています。1973年の連邦最高裁のロウ判決のときに、「女性が医師と相談して中絶を選ぶことは、その女性のプライバシーの権利に属する」という判決が出ました。つまり、もともとはプライバシーの権利というのは、ほかのコンテキストで出てきていたものを、そこで中絶と関連づけて使ったのでしょう。

秋葉：今日は資料を持ってこなかったのですが、プライバシーの権利を形づくったのは、ユダヤ人で初めてアメリカの最高裁の判事になったブランドイスという人で、彼が、「人間の最高の権利は、とにかく一人ではおいてもらう権利である」というようなことを述べた有名な箇所があって……。

質問者 4：ロウ判決で中絶の選択をプライバシーの権利と言ったのは、ちょっと意味が違うのです。ロウ判決のときにはそれを拡大解釈して、自分の生き方、子どもを産むか・産まないか、それを最終的には自分で決めることができるという、そういう意味で使っているのです。ですから、一人にしておいてもらう、ほっといてもらう権利というのは、ちょっと違うなと思うのです。

秋葉：「ほっといてもらう」というより、とにかく自分のことは自分でやっていくので、公権力が介在してはいけないのです。なんらかの不妊技術で子どもを作りたければ、

個人的に医者と合意すればできる。国家がそれを禁じてはならないのです。

質問者 4: そうですね。ただ、ロウ判決のときも女性が完全に自由に決められるかと言うと、「医者と相談の上で」となっていて、そこは結構医者の判断というのが大きいのです。完全に女性に決める権利があると言っているわけではない。妊娠第三半期になったら、もう女性がいくら中絶を望んでも、胎児に生存の可能性があれば中絶はいけないとか、実はロウ判決もいろいろ細かく条件が付いているのです。

ただ、そのときに中絶を合法化するために一番持ってきやすかった憲法上の権利として、ある意味で適用しやすかったのが、多分プライバシーの権利なのだと思います。でも、ヨーロッパのほうに関しては、私もどうなっているかは知らないです。

質問者 1: さっき人格権ということに関して、「通常の男女から生まれる権利もそこに含まれる」というようなことをおっしゃったと思います。それは人格という概念の、どういうところに含まれるのですか。

秋葉: 先ほどからお話を伺っていて、ある意味で一番きちんとしなくてはいけないのが、人格とは何かという、人格論のところだと思います。「人間の尊厳」というような言葉を私は使っているのですけれども、正確には「人格の尊厳」です。

そして、人格とは何かということを議論始めると、多分、今日一般的に用いられているカントの定義、道具にはしてはいけないという理論だけではうまくいかなくなっていると思うのです。

それは今の問題に、その言葉だけでは対処できないような、少し別の状況が生じていて、これまでの定義ではかえって誤解を招くということだと思います。「人格権」という言葉自体も一様ではないと思います。生命倫理の領域では、これまで民法で用いられてきたのとは異なった状況で、この言葉が用いられています。

ですから、日本の民法で使われる「人格権」と、生命倫理において使う「人格権」とは、少し違う使い方がされていると思います。ただ、私が先ほど使った意味は、イタリアで言われているような、「人として当然認められるべき権利」、すなわち「人格」の権利のことです。誰でもみんな異性の両親から生まれてきているのではないか、一体誰が科学技術の産物として生まれてきたいか、そういう問いかけがされています。

それはまだ権利として確定しているわけではありませんが、それもまた、人格権とし

て認めていこう、ということです。医師の職業倫理の文献を見ると、「科学の進歩と倫理の進歩」という言い方がよく出てきます。今、科学技術がすごい勢いで進んでいて、技術の力でいろいろなことができます。脳死移植もそうです。ただ、そのときに倫理の進歩が追いついていない。だから、いつもそれを改訂して、今の問題に対処できる形にしなければならない、応用問題を解いていかななくてはならない。

多分、クローンで人間を作れるとは誰も思っていなかったし、今、日本では、iPS細胞から生殖細胞を作って、そこから人間を作ってもよいか真剣に議論されていますが、これも、従来の「子どもの生きる権利」だけでは対処できません。

ですから、「生まれ方の権利」というところに目をとめて、発展させていく。イタリアでは医師会が中心になって、ヒポクラテスの倫理を現代化する作業が継続されてきました。現在、そこに生命倫理学者が加わり、さらにその重要部分を法律化するという動きが見られます。

つまり、まず科学があって、次に倫理の議論をして、最後にその最低限を法律化するという作業がイタリアでは行われています。

司会：ちょっと私から質問です。IVFについて、顕微授精についてはどういう見識なのでしょう。それを思ったのが、先ほどの説明の中で、背骨ができる場所が決められるというのはあったのですが、あのような説明のところ、偶然生まれるような、そういったものも尊厳に含まれるというような説明だったかと思うのです。IVFだと、精子も医師が勝手に決めてしまうわけですね。そういったところで偶然性が……。

質問者 3：ほかのICSI。IVFは体外受精になっていくし。

司会：ごめんなさい。顕微授精です。顕微授精の場合、精子も決められてしまうわけで、そういった面で何か議論というのは言われているのでしょうか。

秋葉：多分、文献を見れば——生物学的な、医学的なアセスメントはものすごくしっかりしていますので——出てくると思います。まず受精のメカニズムからいくと、それこそ何億かの精子の中から1個が選ばれるわけです。卵子がその1個の精子を受け入れるまでの科学的なメカニズムが精密に説明されていて、たとえば精子はどのようなふうにして卵子の透明帯を通るのか、透明帯はどの精子を通すのか、1個通すと、あとの精子を

受け付けないように化学的に変化して、今度は透明帯でほかの精子を全部殺すのです。なぜそのようなメカニズムになっているのかは、まだ解明されていないのです。それは、おそらく、卵子が精子を選んでいるのです。それなのに、卵子の選択を無視して、透明帯を除去して、無理やり卵子に1個の精子を入れるわけです。フランスの生命倫理を早くから日本に紹介されてきた礒島さんに聞いたのですが、「卵の強姦」という記事があって……。

質問者 3：ルモンド紙に「卵子へのレイプである」という記事が出ました。

秋葉：多分、そういうような議論を、それは単なる比喩（ひゆ）ではなくて、受精のメカニズムに関する、どのような遺伝子がいつどこで働いて、というような文献がたくさんあるのです。

顕微授精については、先ほど触れた、体軸の決定に関する、サイエンス誌の記事、「第1日目からのあなたの運命」というタイトルの記事が、重大な疑問を提起しています。精子が入った場所によって、将来、受精卵のどの部分が、どの組織、どの器官になるかが決まります。人為的に針を刺して精子を挿入しても大丈夫なのか。

また、着床前診断は、細胞分裂のかなり早い時期に、細胞の一部を取り出したりする。これはとても怖いことをやっているのではないか。取り出す細胞によって、将来、ある一定の器官の弱い子ができるかもしれない。顕微授精に対する反対は、単なる不安や恣意的なものではなくて、そのような科学的根拠に基づいて、生物学的メカニズムを解明した上で、具体的に提起されているのです。

別の言い方をすると、卵子には自律権があるのです。自分で精子を選び、どの場所から侵入するかを許し、その後どういうふうに着床を許すか——それは、子宮と受精卵のクロストークによって決まるのだそうですが——そういうようにして極めて精密なメカニズムによって営まれているのに、そこに人為的に介入するわけです。それに対して批判するのです。

司会：私が今の質問で思ったのは、それをされてできる子どもがいて、その子にとっては技術によって自分の尊厳みたいなものが侵害されてしまう。卵にとってはレイプだけれども、その受精卵になったら、ゆくゆくは人になるわけで、そういった受精卵が大きくなって人になって。ですから、人が何か侵害されるみたいな議論というのはないので

すか。

秋葉：そうではないと思います。奴隷と同じで、奴隷制が昔あったわけです。奴隷制が今なくなって、では、昔奴隷であった人はどうなのか、ちゃんと人間です。それと同じではないでしょうか。

人間は人間ですので、生まれてきた人にはちゃんとスピリットが宿るわけです。ですから、その時点で尊い。その時点で人権侵害を受けると言っていると思います。生まれる時点ですでに身体に損傷を受けるわけです。もちろん、だからと言って、その人の精神的な尊さについては、全く変わりはないので、尊重して受け入れましょうという、そういう話になります。

司会：わかりました。ありがとうございました。ほかに何かご質問のある方いらっしゃいますか。もし、ないようでしたら時間になりましたので、ここで終わりにしたいと思います。

(拍手)

第4回研究会/第2回 公開講演会

日時：2010年6月19日(土)13:00-20:00

場所：医学類教育棟 B1 大多目的室 地図 27 番建物

齋藤加代子(東京女子医科大学附属遺伝子医療センター教授)

「遺伝子医療の現場から～女性にかかわる医療として～」



齋藤加代子： ただいま紹介いただきました、女子医大の齋藤でございます。「診療のご案内」も用意してきました。20枚ぐらいあります。「遺伝子医療センター」とは、遺伝や遺伝子に関連する診療を専門に行っている部門であり、現在、全国の大学病院がこのような医療を行っております。

先ほどご質問がありましたが、十分な情報がなくて、遺伝子に関する医療を受けることを選ぶようになって、意味が全然分からない、何をされるのか分からないような背景で選ばなければいけない状態があります。それに対して、私どもの所では、遺伝カウンセリングというかたちで、自己決定に至るまでのプロセスにおいて、十分な説明をしていく。それを理解していただいて、選択肢を多数提示して、その中でどうしていくかを決める。選んだ後に、何らかの医療的な技術、つまり遺伝子検査や治療が実施されるわけです。そして、経過を追っていくプロセスが必要ですが、日本の医療の中では不足しています。自己決定をして、遺伝子検査、出生前診断、発症前診断をした後に、フォローを継続する、このような医療は、ある意味、新しいフィールドの医療ではないかと思えます。

特に女性だけのための医療にあたるわけではなく、男性のための医療にもなっていることもあり、男女かかわらずに遺伝子医療は行われています。最初は「遺伝子医療の現

場から」というタイトルだけお出ししていたのですが、全体のプログラムを送っていた
だいて考えて、やはり女性のためでないといけないかと思ひまして、「女性にかかわる
医療として」を追加して、女性がかかわっているところを、遺伝子医療の中からセレクト
して、今日はお話しさせていただきたいと思ひます。

特に私は小児科医ですから、女性の立場と同時に、どうしても子どもの目線で見たく
なります。医療を小児科医として見ると、それを受ける女性、つまり母親の利益になる
ことが、おなかの子ども（胎児）の利益にならないことをする場合もあり得ます。そこ
が一番のジレンマです。「女性のために」と考えていくと、それは、おなかの子にとっ
ては命を絶たれることもあります。受精卵にさえさせてもらえない。受精卵が子宮に着
床することさえできなくなってしまうことがあります。私としては、やはり小児科医を
選んで臨床医をしているからには、子どもの立場を常に考えながらやっといこうとい
うスタンスであります。

また、生殖に関わる領域では、日本産科婦人科学会において、代理懐胎や、非配偶者
間の人工授精、体外受精、着床前診断などの問題を抱えており、私は外部委員として小
児科医として倫理審議会に入れていただいて、小児科医の立場から、日本産科婦人科学
会にコメント、意見を言わせていただいています。

さて、東京女子医科大学の遺伝子医療センターの医療は、臨床心理士がいつも横にい
るという、非常に贅沢な医療で、患者さんの心のケアをしながら先進医療を実践してい
く環境にあります。

遺伝の概念から、ゲノムの概念に変遷してきています。皆さんは遺伝と言われると、
重い気持ちになります。子どもに遺伝するのではないか、自分のせいではないか、私が
いけない、嫁がいけないとかの話になり、こういうイメージは、日本の遺伝にかかわる、
非常に暗いイメージなのです。これが **heredity** や **inheritance** と翻訳されているもの
です。

遺伝の用語を考えてみますと、例えば優性遺伝は、いかにも優生思想とつながる。劣
性遺伝は、この病気は劣性遺伝だと私たちが説明すると、これは、劣ったという印象を
与えるような意味ではないのに、患者さんは、「私たちは劣っているのか」と思う。X
連鎖性遺伝は、女性が遺伝子変異を持っていたら、それが男の子につながる、というイ
メージで「家」や「嫁」、「産んだ子どもの責任は嫁だ」のような概念になります。この
ような差別的なファクターが存在しています。

現在、遺伝子医療は、その点の変化が見られるようになりました。遺伝医学がだいぶ

進歩して、このような言葉の正確な意味もだんだん理解していただけるようになってきたし、われわれも、外来では一人一人にきちんと話をし、差別的なニュアンスではないことを理解していただくように努めています。

新しい遺伝の用語としては「遺伝子」です。遺伝と聞くと暗い感じですが、遺伝子というと少し格好良くなる感じで、特に DNA です。『こころの遺伝子』という番組があります。心に響くイメージです。DNA を、「キムタクの DNA」とすると、イケメンというイメージがある。ゲノムと言うと、何だか分からないけどすごく進んでいる感じなど、言葉のイメージは重要であると思います。

その意味で、今は新しい時代に入ってきて、ゲノム (genome)、DNA、多型という概念が広がっています。多型は、ポリモルフィズム (polymorphism) と言いますが、1 つの DNA の変化でそれぞれの体質や性格、いわゆる多様性を示すような DNA の変化を言っているわけです。ですから、100 人いると 100 人、同じ人はいない。それは多様性、バリエーションなのです。遺伝学の用語から遺伝子学の用語に変わってきて、「多型」や「多様性」といったものが広がってきています。このような概念の進歩、遺伝、劣性遺伝、優性遺伝という概念から、DNA、ゲノムの概念になってきているのは、非常に良い方向性ではないかと思っています。

ヒトは 60 兆の細胞から成り立っています。60 兆の 1 個の細胞の中に 46 本の染色体があります。この染色体を 1 本取り出して見ると、長い糸状の物質が巻かれて折り畳まれたものが、ここにコンパクトに入っています。これが DNA です。ここに人間の体の設計図があります。このようなことをきちんと理解してもらうのは非常に大事なことです。遺伝という概念から多様性の概念を理解するために、塩基 A、T、G、C が DNA を構成する単位であることを理解してもらうのは非常に大事なことです。

細胞を分裂中期で止めて、ギムザ染色を施します。そうすると、医学生だったらよく分かると思いますが、ヒトの染色体が観察できます。1 番から大きい順に並べると、22 組 44 本の常染色体があります。X と Y の性染色体があり、性を決定する遺伝子がここに載っています。男性、女性はどのように決定されるかということ、Y 染色体に **SR****Y** という男性を決定する遺伝子があります。それが胎児期に、生殖細胞の源基をウォルフ管かミュラー管に分化させます。すると、外性器や生殖器、腎臓、膀胱も男女差ができてくる。そういったところに Y 染色体上の遺伝子が関わります。Y 染色体は、遺伝子がそれぐらいしかないのです。

それに対して、X 染色体は非常にたくさんの遺伝子があります。こう言うと、「女子

医大は男性べつ視だ」とか言われそうですが（笑）。X 遺伝子には、その遺伝子が傷つくと、要するに遺伝子変異が起こると、X連鎖性の疾患となります。遺伝子の配列に変化が起こると、さまざまな病気がそれぞれ起こってくるわけです。X染色体上には、多くの遺伝子があります。

例えば、有名なものが色覚障害、血友病もそうです。レッシュナイハン症候群、男の子に認められます。痛風は男性に多い傾向があります。アルポート症候群は腎不全が起こる。女性は血尿だけです。学校検尿で血尿だけと言っているお嬢さんが、結婚して子どもを産んだら、男の子が腎不全になるほどの重い蛋白尿と血尿、そして腎臓が働かなくなり難聴が起こるといふ、男の子は重症、女の子は血尿だけという病気です。

私たちの専門は筋ジストロフィーです。男の子に出る筋ジストロフィーで、デュシェンヌ型筋ジストロフィー、ベッカー型筋ジストロフィーがあります。これはジストロフィンという遺伝子に変異が起こって生じ、大体10歳ぐらいで歩けなくなり、車いすになります。今の寿命としては25歳から28歳ぐらいで、呼吸器を付けなければ亡くなるという、非常に重篤な筋ジストロフィーです。遺伝子のX連鎖性のイメージは、お母さんがその遺伝子の保因者であると、男の子がこのような病気になることがあります。それがX連鎖劣性遺伝という、遺伝のイメージを作り上げているところがあるわけです。

昔は、病気になる可能性があるとか、親が病気だと、50%や25%の割合で子どもも発症すると確率としての説明をしていました。それが現在は、遺伝子診断によって、出生前ですら100%診断できるようになりました。遺伝子レベルで確実な診断が、遺伝子の検査や染色体の検査によってできるわけです。そうすると、患者さんの将来の予測ができて、家族が発症する予測ができて、出生前に病気になるかどうかを確実に診断できる時代になってきました。ここに、生命倫理的な問題がさまざまに起こってくるわけです。

遺伝子診断はどのようなものか解説をします。血液を5ccから、このようなDNAが抽出されます。これは水溶液になることにより、酵素を作用させたり、つないだり、切ったり、貼ったりして、遺伝子を解析する、つまり遺伝子診断ができるようになりました。

遺伝子診断では、A、T、G、Cという塩基の配列を明らかにして、正常と比較する操作です。「ヒトゲノム」というのはヒトDNAです。ヒトのDNA全部を明らかにする作業が「ヒトゲノム計画」です。既にヒトの全部のDNA配列が分かるようになりました。しかしまだ、ヒトでちゃんと分かるようになった人は、世界で3人だけです。

ヒトゲノムを端から端まで読めるようになる費用が安くなりました。昔は何千万円だったものが、今は何百万円ぐらいでできます。女子医大も、ヒトゲノム全部が分かるように、次世代シーケンサーを2台、持っています。ゲノム全体が分かるようになり、そこでまたさまざまな問題が出てくると思います。次世代シーケンサーの持つ問題も必ず出てくると思います。

これは、デュシェンヌ型筋ジストロフィーのお子さんで、小学2年生のときのものです。幼稚園ぐらいから私が主治医でした。2年生のときに立ち上がりの大変さを写真に撮らせてもらいました。結局この方は23歳で亡くなりました。とてもひょうきんなかわいい男の子ですが、小学校に来てくれとも言われました。約20年前、学校の1階と2階の階段をはずしてスロープにして、バリアフリーにして、非常に先進的なことをその子の住んでいる学校で実施してくれました。この子から、それを見に来てくれと言われ、授業参観をしたことがあります。そのようなデュシェンヌ型のお子さんでしたが、20歳代で心不全と呼吸不全で亡くなりました。この型は筋ジストロフィーの中でもっとも頻度が高く、3,500人の男児に1人の割合で生まれます。

このような病気を持つお子さんのお母さんが、100%保因者というわけではなく、大体2/3は保因者ですが、1/3ほどは突然変異によります。このジストロフィン遺伝子は非常に大きい遺伝子で、突然変異が生じやすい構造を取っています。

筋肉組織の病理学的検査では、正常ならジストロフィンタンパク質が染まるが、患者さんでは染まりません。治療としては、まだ日本では実施されていませんが、イギリスではこの病気の男の子たち4人に対して、遺伝子変異を飛び越えてしまうような治療を行って、病理学的検査をしたら、ジストロフィンタンパク質が染まったとの報告があります。これからは遺伝子治療の時代に、なっていくでしょう。そのための遺伝子診断に変わるだろうと思います。

今までの遺伝子診断の解説は、本人の確定診断としてのメリットがありますが、出生前診断を行って選択的妊娠中絶の時代が現在も続いています。将来、恐らくあと10年ぐらいで、胎児期のうちに治すための診断になっていくのではないかと期待しています。

現状では根本治療法のない重篤な病気であるのは確かです。デュシェンヌ型筋ジストロフィーの一般的な運動機能のピークは階段の昇り降りができます。手すりを使うこともあります。歩いて昇り降りできます。小学2～3年生ぐらいから運動機能が低下していきます。10歳を超えて、車いすになり、高校生ぐらいで自力では座ることが困難

になり、呼吸器を使わなければいけない。18歳ぐらいからは、鼻から圧をかけて空気を入れるような、鼻マスクを用いた人工換気をします。これで予後が非常に良くなってきました。昔は18歳ぐらいから20歳頃に亡くなる病気と言われていたのが、今はこの鼻マスクの人工換気を使って生命予後が延びてきました。

筋ジストロフィーは多くの型があります。デュシェンヌ型は2～3歳で発病して、20歳から30歳ぐらいで亡くなる。ベッカー型はその軽いタイプです。

ほかに筋強直性ジストロフィー、肢帯型筋ジストロフィー、顔面肩甲上腕型筋ジストロフィー、先天型筋ジストロフィーがあります。先天型筋ジストロフィーの福山型筋ジストロフィーは、東京女子医大の福山幸夫教授が、日本人に特有な筋ジストロフィーとして初めて発表して、疾患概念を確立しました。福山型筋ジストロフィーは、女子医大に多くの患者さんが受診されます。発症は生まれてから数カ月、多くの方は一生涯、歩くことができません。お座りまでが最高ですが、まれに歩ける子もいます。亡くなるのは早く、2～3歳ぐらいまたは、10歳代で亡くなる子もいます。

X連鎖劣性遺伝とは、母親が遺伝子変異を持ち、父親は正常とすると、男児は1/2の確率で罹患します。女兒は1/2の確率で保因者となります。

遺伝子検査では罹患か非罹患か、明確に分かるようになりました。それによって、光と影、つまりポジティブに考えられるものと、非常に悩み深い側面が出てきています。一つは確定診断、これも光と影、両方あります。治療法がある場合には積極的に確定診断をして治していくことが迷わず選択されます。治療できない場合に確定診断を受けることは、治らない病気であると認識することになり、またそこで悩みが深くなると思います。治らないことがあっても、リハビリテーションを受けるとか、よりよい環境整備ができる、と考えていくと、確定診断は大事だろうと思います。確定診断により、家族の将来の発症が予測されます。未発症の人に対しての遺伝子検査は、例えばハンチントン病の人が家系にいと、自分はハンチントン病を発病するのではないかと悩むことになります。保因者診断では、一般的に保因者は無症状か軽微な症状です。例えば、アルポート症候群では保因者は血尿を示す程度です。保因者の診断をするのは何のためか、それは子どもが病気になりうるかどうかを調べるためです。次世代の予測ということが、保因者診断です。胎児の診断は、おなかの赤ちゃんの診断ですから、産まれる前に診断をする。つまり、中絶をされてしまう可能性があります。受精卵の診断は、受胎前に診断をします。卵はそのまま捨てられるか、冷凍庫に保管されるか、お母さんのおなかにも戻ってこない可能性もある。このような光と影があります。

筋ジストロフィーの遺伝カウンセリングの一例を挙げます。24歳の女性。兄が26歳でデュシェンヌ型筋ジストロフィーと臨床的に診断されたが、遺伝子の診断はまだしていません。母は保因者です。すなわち、母方の叔父が、19歳で亡くなった。現在、この24歳の女性は妊娠6週です。この方が、私たちの所に来られたとしますと、この2行だけで、3つの光と影の問題が出てくるわけです。つまり、デュシェンヌ型の兄の遺伝子の確定診断。この女性の保因者診断、そして出生前診断です。しかも、この方が保因者診断、出生前診断をしたいということは、自分の兄と同じだったら中絶するかもしれないということです。そう考えていたら、兄に、自分の子どもの妊娠中絶のため確定診断を受けることを頼めるでしょうか。兄は遺伝子検査の目的が、自分のためというより妹のため、妹の子どもを妊娠中絶するためということになり得ます。このような問題をどのように考えていくか。臨床の現場でも重い問題です。

ジストロフィンを用いて保因者診断をすると、保因者の人はまだら、つまりモザイクになっています。「Lyonの仮説」です。保因者はちょうどX染色体が2本あります。その2本の片方どちらかが細胞によってランダムに不活性化される。染まっているところは、病気のXが不活性化されています。染まっていないところは健康なXが不活性化されているのです。そしてモザイク状になっています。

女性では、モザイクの状態が細胞によってランダムなので、症状が強い人から全く症状を示さない人までいます。筋ジストロフィーの患者さんのお母さんは、子どもを抱えて、ベッドに運んで、トイレの世話をし、と肉体労働をしています。それなのにお母さん自身にも症状が出て、筋力低下があるという場合もあります。

MLPA法という方法の遺伝子診断の例を示します。コントロールの場合、エクソン41、42、43が、この男性では欠失しています。母は、これが半分量になっています。このようにして保因者診断ができます。

DNAの配列（シーケンス）、A、T、G、Cの配列を明らかにすることもできます。患者さんではA、T、G、CのAがGとなっています。本来ここはAでなければいけないのにGになる、一塩基の変異です。X染色体2本ある女性が、1本はAだけど、1本はGとなっている時、保因者と診断します。これがシーケンス、塩基配列決定法です。このように遺伝子診断ができます。

遺伝子検査は、患者さん本人に関しては、健康保険に収載されました。平成22年に、少し値上げをされて4,000点になりました。ハンチントン病や球脊髄性筋萎縮症という神経変性疾患も収載されました。

これに関して、遺伝カウンセリングをきちんとすることが条件で、遺伝カウンセリング加算 500 点が請求できます。これは日本にとっては画期的なことです。遺伝カウンセリングで患者さんにいろいろな説明をすることは、医者がいくら説明しても、医療としては一銭にもならなかったのです。遺伝カウンセリングに経済的、時間的にかけられないのが今の医療の厳しい現場です。しかし、現実には、一生が決まることなので、じっくり話すことが必要です。遺伝子医療センターでは、一部、自費診療にしています。自費診療にすると、お金持ちは受けられるけど、お金が無いと受けられないということが起こってきます。従って、遺伝カウンセリングを保険診療にすることが必要です。遺伝子検査をしたときの説明に 1 回だけ保険請求が OK という状態です。

次に、流産を繰り返す夫婦における染色体検査について、症例を提示させていただきます。40 代の夫婦です。流産を 2 回繰り返し、反復流産として胎児の染色体検査を受けました。夫の家系に精神発達遅滞のお子さんがある。胎児の染色体では、5 番の染色体欠失がありました。均衡型相互転座を持っている可能性があります。均衡型相互転座とは、例えば染色体 5 番と 4 番の染色体が取り替わっています。全体として過不足がない状態なので均衡型として夫婦はまったく症状がないのですが、その子どもは流産、死産、染色体障害のおさんが産まれることがあります。均衡型相互転座は不育症の原因のひとつです。

このような習慣流産の夫婦は、何回妊娠しても、流産してしまう。健康な子をもてないのかと、非常にストレスになる。習慣流産の 7～8% にこのような染色体の構造異常があります。そして、その 4.5% は均衡型相互転座の保因者です。7～8%、4.5% というのは、それ以外の流産の原因がたくさんあるということを意味します。染色体の構造異常による習慣流産、反復流産は着床前診断、受精卵診断の対象として認められました。

受精卵診断に関しては、日本産科婦人科学会において、認めるかどうか多くの議論がありました。不育症の家族会の方も議論に参加なさいました。習慣流産の夫婦の場合、どちらかが均衡型相互転座を持っていることがあります。染色体検査でどちらが持っているかが分かります。夫が持つか妻が持つかが分かり、どちらが原因だとなるのも非常に問題なので、遺伝カウンセリングの現場では、夫婦のどちらが保因者かを知らないでいたい、知りたいかを、二人で決めてもらいます。二人の意見が一致しないと、一番大変です。たいていは二人でよく話し合っ、やはり知りたいですが、知らない場合にまた悩むのは、知らない人たちが離婚して、再婚したときにどうするかという問題が出てきます。一概に決められないことがあります。

選択をして、自己決定して、検査を受けるか受けないかの問題を解決し、結果の開示後の心理ケアやフォローアップをしています。染色体の均衡型相互転座が見つかることがあります。遺伝カウンセリングのケースを少しお示ししました。結局遺伝カウンセリングとは、患者さんと家族（クライアント）に、ニーズに対応した遺伝学的情報などの適切な関連情報を提供して、クライアントがその内容をよく理解した上で意思決定できるように支援することです。

大体初診で1時間です。臨床心理士とペアで実施しています。見学の学生の陪席もあります。遺伝カウンセリングの内容は記録に取ります。その記録のコピーを最後に渡します。外来で話をしているも、理解できないことがたくさんあります。臨床心理士は、記録をとってもきれいな字で、読んだら理解できるようなレポートをすぐに書き、終わったときにコピーして渡します。そのような対話、コミュニケーション、心理的・精神的な支援、一般的な医学情報提供だけではないコミュニケーションプロセスが遺伝カウンセリングです。

私たちの外来でやっていることを、皆さんのパンフレットに要約をして書きました。病歴のことや臨床的に考えられること、遺伝子検査の目的や必要性、遺伝に関する説明、血縁者からの影響の予測、検査結果が出た後のことについても話し合います。検査結果が出た後のことは、**anticipatory guidance** すなわち、シミュレーションをします。どういう検査結果が出たか、特に良い結果ではなくて、自分にとって期待しない結果の場合に、どのように考えていくかをシミュレーションしてもらいます。

われわれの中でもスタッフカンファレンスを行い、インフォームド・コンセントの下に遺伝子検査をして結果を開示する。開示のところでまた改めて、遺伝カウンセリングをします。結果が出ると事情がまた変わり、ある決定をしていたのに、対応が変わることがあります。人間の考えとは本当に状況によってよく変わり得ます。従って、新しい情報の下で、またどのように考えるかを話し合います。そしてまたフォローをしながら、話し合っていきます。

ひと家族で何回も来てくださいますが、発症前診断をしている方で、ハンチントン病の発症前診断をお受けになった方がいます。この方は最初の約束で、「3カ月おきに必ず来てください」と言ったら、きちんと3カ月ごとに外来を受診してくださって、近況を報告してくださる。診断をつけた後の経過をフォローできる状態です。

私は小児科医なので、小児科の外来で遺伝カウンセリングをやっていました。小児科の外来で遺伝カウンセリングをして、出生前診断の話をすると、お子さんを亡くされた

人たちが、子どものキャラクターがたくさんあるところで話をするのは非常につらいです。今、この部屋ではおもちゃは庫内にしまっており、お子さんが来るとそれを出して遊ばせますが、終わるとまたしまっており、それぞれの家族に合った雰囲気になっています。

遺伝カウンセリングでは、患者さん本人・家族が内容を理解すること、それを意思決定すること、本人・家族にとって最善の選択をすることが必要なところだと思います。この間に医療的な支援が必要です。それは遺伝子検査、それに関する説明、遺伝に端を発するような健康問題に対しての情報提供をする。心理的な支援をするところは、やはり心理士が専門職的に介入することは非常に大事で、臨床心理的なアセスメントや心のケアをしていくのは非常に大事なことだと思います。

社会的な支援で、経済的な問題は、患者さん家族にとっては大事なことです。医療費はどうか、家を改築するにはどうか、肢体不自由手帳をどうするか、愛の手帳をどうするかなどの情報提供も、ソーシャルワーカーの紹介と共に、するようにしています。このようなことを続けていくのが、遺伝カウンセリングのプロセスです。

遺伝カウンセリングでは医学的だけではなく、心理的・社会的な介入や支援が非常に大事なことだと思います。自分にとって遺伝的に不利な結果をどのように受け止めるか、将来を熟慮しているかを分析し、シミュレーションしてもらいさらにその内容を書いてきてもらいます。結果が出たときに、どのようなことになるかを、熟慮して文章にしています。そして、家族との関係や自分の将来、血縁者の検査に対する考え方、このようなことを話し合います。

心理検査は、心理士が性格傾向の分析、うつになりやすい傾向か、不安傾向が強いかなどを分析します。発症前診断の場合には、特にこれが重要です。問題があるときは、発症前診断を受けていくことで、その人がより傷つくこともあり得る。そのようなことを分析しながら判断していきます。

医療福祉的な支援は、ソーシャルワーカーとします。生命保険をどうするかなど、経済的な問題も話し合うことがあります。

ピアカウンセリングでは、患者さんの組織を紹介します。患者さん同士の情報を得ることはとても大事なことで、私もいろいろな家族会にかかわっているので、そういった家族会に連絡を取ったりします。

遺伝カウンセリングの対象は、さまざまです。私の専門では、神経や筋肉の病気です。内容としては確定診断が一番多いですが、出生前診断が4分の1ぐらいあります。発症前診断が10%ぐらい。そして保因者診断という人たちです。将来的には、「易罹患性」、

ある病気になりやすい、がんになりやすい、ある病気が発病するか、こういうものがだんだん増えてくると思います。ゲノムのお話をしましたが、例えば肥満の遺伝子、無呼吸症候群になりやすい遺伝子など、ある病気になりやすい遺伝子もだんだん分かってきています。

遺伝カウンセリングで重要なことは、正確な臨床診断です。診断が違っていると、遺伝カウンセリングは全然違う方向になりますので、臨床医との連携で、正確な臨床診断ができるかどうか。遺伝子変異や染色体異常の特定がきちんとできるか、正しい情報が必要です。その上での、心理的、精神的、社会的なサポート体制が重要になると思います。このようなサイエンスに基づいたアートであると思います。

出生前診断、着床前診断に関して、少しお話をしたいと思います。「子の幸せ＝親の幸せ」ではない場合があるのが、まさにこの出生前診断、着床前診断の現場です。将来的に治療できることになったら、出生前診断をして、おなかの中で治療ができるようになると思いますが、胎児治療が、まだ十分にできている状況ではありません。出生前診断をすることはその子をあきらめる、要するに中絶につながる。着床前診断をすることは、その子を受胎しないことを意味しています。子と親の立場の方向性の不一致が起こりえるというフィールドが、出生前診断、着床前診断です。

「遺伝学的検査のガイドライン」では、出生前診断に関するガイドラインが述べられています。出生前検査に関して、その対象が「重篤な疾患とありますが、この「重篤な」をどう考えるかが、ずっと議論されてきました。出生前診断、着床前診断、何でもやっけていいわけではない。例えば、「新生児期もしくは小児期に発症する重篤な」と、ここは言葉を少し増やしてあります。この重篤さは誰が決めるのか。重篤さを医師が決めるのか、それとも夫婦が決めるのか、母親が決めるのか、世の中が決めるのか。どの程度重篤か、当事者にとって重篤だと思っけていても、世の中から見ると少しも重篤ではないこともあります。そのようなところが、ガイドラインとして、どう判断するか難しいところだと思います。

実際にどのようなことをするのか。侵襲的な出生前診断は、絨毛穿刺と羊水穿刺があります。羊水穿刺はよくご理解していると思います。15～17週に羊水を採ります。羊水細胞は、赤ちゃんがこの羊水を飲んで、おしっこで出しますから、膀胱や腎臓の尿路系の細胞がここにあります。この赤ちゃんの細胞を採って診断するのが羊水診断です。流産率の危険性は自然流産と同じと言われています。

絨毛穿刺はそれより早い時期です。10～12週ぐらいに採ります。臍からカテーテル

を入れて、胎盤の先にある絨毛、2ミリぐらいの小さいものを穿刺します。流産率はそれでも2～3%とされています。昔よりもずっと流産率も少ないし、最近の上手な先生はおなかから針を刺して絨毛を採ります。

実際に絨毛採取ができる医師は、日本では本当に少なく10人もいません。また出生前診断を実施することを、医師も嫌がります。リスクがある、子どもの診断を付けると、それが中絶につながることを、われわれは果たしてやっていいのかという思いです。産婦人科の医師たちは人手不足もあり、事故が起こると可能性がある、やらなくなってきました。絨毛穿刺をやってほしくてもできないことも出てきています。それに対して羊水穿刺は、高齢の妊婦に針を刺して採るので、実施数は多いのではないかと思います。

絨毛穿刺、羊水穿刺は私の専門分野の筋ジストロフィーが対象となる事があります。筋ジストロフィーをもつ子を育てつつ、2人目の子を妊娠したという場合です。例えば、先天型筋ジストロフィーをもつ子を育てるということは、歩けない、移動できないなどの生活について、全部介助しなければいけないのです。そこに、次の子も同じ病気の時、家庭が破綻してしまうという理由があります。そのような場合に、絨毛穿刺、羊水穿刺をして出生前診断が考えられるわけです。

妊娠して、赤ちゃんができたときに、絨毛、羊水を採ります。絨毛、羊水を採って、出生前診断をした中には、その子が罹患していると分かってからも妊娠を継続して、中絶をせず、出産した人もいます。遺伝カウンセリングをしていると、こういう選択肢もあります。赤ちゃんの将来の予後について話し合っていくと、育てられるという結論を出すカップルもいます。もちろん、この検査自体も選ばない、検査を受けずに産むから何もしないという人たちもいます。

着床前診断、受精卵診断は、体外受精（試験管ベビー）をして受精卵を作ります。細胞が8個になったとき、8個のうちの1-2個の細胞を採って診断をします。1-2個の細胞で診断できるような技術がないとできません。一方で、着床前診断では、習慣流産の原因となる染色体レベルの検査に比較して、遺伝子レベルの検査は、非常に難しいです。遺伝子レベルの診断は、日本では、「重篤な」と言われている Duchenne 型筋ジストロフィーで初めて実施されました。病気と診断された細胞はもう子宮には戻さない。凍結するか廃棄となります。病気ではないと診断された受精卵を戻します。ここで着床する率は20%ぐらいだと言われています。

着床前診断を不妊クリニックが実施していく理由の一つは、不妊医療における妊娠率を上げたいことです。不妊クリニックの着床率が20%ではなく40%にしたいという背

景です。不妊クリニックが成功するためには、PGS、要するに着床前のスクリーニング遺伝子検査で「悪い」卵は戻さない、「良い」卵だけ戻すことにすれば、不妊クリニックの着床の%が高くなるという考え方があるのです。

出生前診断、受精卵で染色体スクリーニングをするということに対して、様々な疾患の子ども達をケアしている小児科医としては賛成しかねるところがあります。産婦人科の医師の中にも私たちと同じような価値観を持つ人たちもいます。

この着床前診断、出生前診断を比較すると、いろいろな問題点があるので、どちらも本当にベストではありません。出生前診断には、中絶ということの議論をしないままで来ている面も響いています。

出生前診断の中絶は、病気の子もだから中絶する、胎児条項となります。着床前診断は、そのような中絶がない代わりに、臨床研究として実施され、日本では今、大体 100 例を超えたところ です。着床前診断は、臨床研究として、特に生まれてきた子に関する検証が必要ではないかと思っています。

着床前診断は日本が遅れているのではなく、海外では禁止している所もあります。オーストリア、スイス、ドイツは、着床前診断を禁止しています。日本では禁止ではなく、着床前診断をするようになりましたが、対象は「成人に達する以前に、日常生活を強く損なう症状が発現し、生存が危ぶまれる疾患」として、今までのガイドラインの「重篤」よりも厳しい内容となっています。

着床前診断としては、実際に 100 例以上承認されてきています。慶応大学の一例でデュシェンヌ型が承認されました。その前に名古屋市立大学の例は、夫が筋強直性ジストロフィーとして、不承認となりました。夫が筋強直性ジストロフィーの場合、子どもは必ずしも先天型になるとは限りません。成人型の場合も多いです。世界中の着床前診断の報告を見ても、成人発症の夫が罹患というものはありません。母親が罹患していると重症な先天型になりますが、父親の罹患では、それほど重くなりません。

胎児はどこからヒトか、生命かというのは非常に大きな問題です。カトリック的には卵から生命です。法律的には胎児は「ヒトとなり得るもの」とされています。

遺伝カウンセリングは、全国の大学病院、医療施設で実施され始めました。遺伝カウンセリングがさらに広く実施されることが大事だと思います。臨床遺伝専門医という資格が取れる研修施設、認定遺伝カウンセラーの研修施設も全国にあります。そのような施設がない県も少数ながらあります。遺伝カウンセリングとは、患者さん（クライエント）と、主治医と、臨床遺伝専門職のコミュニケーションプロセスで、情報提供、社会

的・心理的な支援が必要ということなのです。

非医師としての資格は「認定遺伝カウンセラー」です。遺伝カウンセリングを医師が全部やっていくのは限界があり、このような職種が新しくできています。この職種は、大学修士を卒業して、認定遺伝カウンセラー研修ができる大学院における教育を受けて受験資格を得ます。東京女子医大も研修施設として大学院コースができました。今、女子医大の大学院の認定遺伝カウンセリング専門課程では看護師さんが研修中です。

認定遺伝専門医研修施設は、2009年で63施設。まだ医学部全部ではないですが、増えてきています。試験は一次試験の筆記と、ロールプレイという実際のカounselingを試験官の前でやります。さらに面接です。なるべく多くの人たちがこの資格を取り活躍してほしいです。

認定遺伝カウンセラーは大学院のコースです。2年間の修士課程としている大学が大半ですが、女子医大は医学部博士課程です。非医師でも、2年の修士が終わって4年間の大学院に入ると、認定遺伝カウンセラー、論文を書いて医学博士を取るコースとしています。遺伝子医療センターでは、診療、遺伝カウンセラーを養成、遺伝子検査、遺伝学的研究、倫理問題の討議などの活動をしています。

最後に似顔絵です。遺伝子医療センターのホームページは全部似顔絵にしています。多くの医療職が兼任として所属しています。糖尿病の専門家、血液の専門家、3人の染色体の専門家、臨床心理士、検査技師。若い2人が臨床遺伝専門医の資格を取りました。大学院生の医師が2人、1人が循環器科の看護師です。そして医療統計の専門家です。彼はまったくノンメディカルで、社会人大学院みたいな感じで入学をして、遺伝統計やゲノムの研究をしています。

以上で、今日の私の話を終わります。どうもありがとうございました。

(拍手)

<質疑応答>

質問者 1: 齋藤先生のご講演は初めてお聞きしたのですが、雑誌等ではよく記事は拝見させていただいております。私は助産の教育をしていますので、今回のご講演で大変興味深い、ものすごく深いことを教えていただきました。もう一つ教えていただきたいのは、今、「リプロダクティブ・ヘルスライツ」から考えると、もし女性に自己決定権があるならば、都合の悪いことは決定しないと思うのです。私は、その人がその人らしく生きていけるための「ライツ」ではないのかと考えながら対応しているつもりです。

一つ教えていただきたいのは、いろいろな医療現場で出生前検査を行うとき、ドクターは妊婦さんに、「羊水検査をしますか」とアプローチをします。そのときに、問われた女性にとっては選択も任されているわけですが、通常は十分な情報を与えて、選択できる環境を作ってから決めてくれというのが、普通のあるべき姿だと思います。「どうですか、決めてください、来週返事をください」の間に、どこまでの情報が伝わっていて、どのような決める力量がその妊婦さんにあり、決めるまでの悩みやゆらぎみたいなものが、どこまで支援できる環境があるのかが非常に疑問なのです。

結論からいくと、女性に自己決定権があると、表向きはドクターが情報を提示されますが、決定したのは結果的に妊婦さんです。どんなベビーが生まれようが、その後の経過がどのようになるだろうが、「あなたが決めたのだから、自分たちはベストを尽くしたので、それ以上のことはもう考えないほうがいい」という結論になっていくことも少なくないと思います。

このへんをどのように理解したらいいのでしょうか、倫理的な問題も含めて、自己決定できる問題を考えると、今、医療者はどのような認識でいたほうが望ましいのでしょうか。先生からぜひとも教えていただけたらと思います。

実はもう一つ、昔は刑法的にどこから人間なのかと言ったとき、頭が出たときとか、体が出たときという争いがありました。今は生前遺言のようなかたちで、私は教育上、二つの生命体を同時に扱わなければいけない専門性の中で、母体を優先するのか、胎児を優先するのか。多分将来ドクターになられる、ここにいらっしゃる皆さん方は、当然救急車で搬送されてくれば、まず母体が優先ではないかと思います。その女性が、もしも妊娠中に万が一のことがあったとき、「私の命よりも、おなかの中の赤ちゃんの命を優先して欲しい」ということを主治医に伝えておいたら、それはどこまで可能なのでしょうか、医療者はそういう希望をどのように受け止めて、理解して、説明なり対応なりをしていけたらいいのでしょうか。

齋藤有紀子：ありがとうございます。大変難しいご質問で、後で加代子先生からも名案のご提示があればと思いますが。

一つは、羊水検査のために、例えば紙1枚渡されて、1週間だけで、とても十分な説明を受けた上での決定になっているとは思にくいし、その方がどれほどの気持ちで「検査します」とサインを書かれたかを推し量るすべが、医療職になかなかない中で検査が行われる。確かにそうかもしれないですが、一方で、本当に完璧な説明と理解も逆

にないだろうと思います。当時は熟慮の上で納得して検査したつもりでも、後でものすごく女性が後悔することあれば、あまり何も考えずにやって、後から振り返ってもあれで良かったと思う方もある。そのバリエーションを考えると、正しい検査の受け方、いわゆる“お作法”のようなものはないような気がします。

一般論というより個人的な見解かもしれませんが、当事者が悩んでしまったとき、それは説明が足りなかったと、後出しじゃんけんで当時の問題を評価したり、当事者が納得していれば、当時のものは問題なかったと考えるのは、少なくともやめたほうがいい気がします。もちろん、十分な説明なくいろいろな、母体血清マーカー検査なり、羊水検査なりが行われることは改めなければならないと思います。とはいっても、あとから「あなたのは本当の自己決定ではなかった。先生の説明も足りなかったし、あなたは不足した情報で決定したのだから」ということを、その妊婦さんの決定をあとから誤評価する言葉として付けるのは、逆にまたそれも酷です。偏った、いろいろ不足な情報の中でも、それでも決めているのが今の女性たちだと思います。その分のたくましさも含めて、自己決定という言葉を引き受けることも必要だという気もしています。

もう一つは救急のことですね。多分、「私はもう死んでもいいですから」と救急で言われて、それで良いという自己決定はないわけで、やはり医療者には女性に対する救命義務はあるし、救命する期待可能性が医師にはかかっています。赤ちゃんの命のためと言われても、妊婦さんの命を後回しにするのはあり得ないことだと思います。どちらの救命にも努め、どちらかを優先することはできないし、しないという原則で一応進めなければいけないと思います。その中で、手を尽くした上で、次にどうするべきかが出てくるのだと思います。

以前、このような話もありました。妊婦さんが瀕死の状態に救急に運ばれました。夫は、赤ちゃんだけは助けたい、もちろんそうですが、それを見守っている医療職の人が、お母さんはほとんど亡くなりつつあり、亡くなってもおかしくない状況にいるにもかかわらず、胎児のためだけに、胎児生命を維持させるための装置のように、妊婦を生かすことに抵抗を感じていました。お父さんたちの赤ちゃんを助けてほしいという気持ちもちろん分かるけど、それも妊婦さんの意思かどうかは分からない、当然赤ちゃんを助けてほしいと思っているだろうけど妊婦さんがそう言ったわけではない。そういうかたちの中で、妊婦さんを見ているのが痛ましい気持ちもあってつらい、現場で何を優先して考えればいいのか分からないと言われたこともありました。多分、救急の妊婦さんのケースは、いろいろなことがあるだろうと思います。

質問者 2：医学部の人間ではないのですが、一つ質問させてください。始めのスライドで、現在、遺伝子レベルの確実な診断について、確率性だったものが確実性になり、そのことで新しい問題が出てきたという話だったのですが。筋ジストロフィーについては確かにそのとおりだと思うし、非常に深刻な問題が増えてきていると思います。一方で、そういうものが増えてきたことで、確実に疾患の発症が分かるという印象が一般の方々に広がって、実際には確率レベルでしかまだ分からないことも、もっとたくさん出ているのが現状だと思います。

遺伝カウンセリングの現場で、女子医大にいらっしゃる方々は知的レベルの高い方が多いからそういう誤解は少ないかもしれないですけど、やはりそれしか分からないのか、結局確率でしか分からないのかという反応もあるかと思います。そのときの対応の仕方とか、その反応には主にどのようなものがあるか、現状を教えていただければうれしいです。

斎藤加代子：遺伝子、ゲノムで全部分かるわけではなく、例えば、多因子性のものはまだ確率的なものです。いくつかのファクターが関わる事、薬の効きやすさなどの、薬理遺伝学（ファーマコジェノミクス）をわれわれのセンターも始めていますが、抗がん剤やリウマチの薬が効くか、副作用が出るか、それもまったく確率的なところですよ。

例えば、30%の人たちは副作用が出るとか、あなたの遺伝子多型だと10%ぐらいの人たちが副作用が出るということをお話しますが、そのときの対応としては、30%や10%の残りもきちんと言うことです。例えば、30%の人が副作用を出して、70%の人は出さないこと。あるいは、10%の人が出して、90%の人は出さないという、裏表をきちんと説明することは、確率をお話するときの一つの大事なところですよ。大体、30%異常が起こるといって随分異常が起こることが多いという印象を受けるところですが、70%異常が起らないと言うともっと多くの割合で異常が起らないのだ、と感じると思います。そのような数のマジックがあるので、確率的なものを説明するときは、その裏表、両方をきちんと説明すること。

それと限界を説明します。なぜ限界なのかということまで、なるべく説明するようにしています。例えば、薬理遺伝学のとくによくあるのが、なぜ30%、70%なのかを聞かれます。それはなぜかということ、薬の代謝酵素が複数あるからです。1つの薬を飲んでも、例えば吸収するときの酵素、肝臓において代謝に関わる酵素、腸に行ったとき

の吸収の酵素、尿から出るときのトランスポーターなどが全部関わり、その組み合わせで確率が出てきます。研究が進めば、将来的には副作用が出る確率や効果が出る確率が、0%か100%かになると思います。

肥満も、単一のファクターによって決まるのではなく、そこに複数の肥満に関する遺伝子のファクターや環境のファクターが関与します。高血圧でも何でもそうで、1つの問題ではない多因子性のものは複数のファクターがあり、それが相乗的になると100%か0%か分からない。1つのファクターだけで判断はできないことを考慮することも大事だと思います。まだ確率的なところで分からないことがたくさんあるという話は、やはりせざるを得ない場合が多いです。

齋藤有紀子：私が質問してもいいですか？ 貴重なお話というか、レクチャーしていただいて、頭にスッと入りました。ありがとうございます。例えば、PGSのようなスクリーニングのかたちで着床前診断を使いたい現場のニーズが強くある気配を、慎重と言われている産科婦人科学会の中でも感じる。本当にいろいろな学会などと、もっといろいろな技術を学び、使いたい感じだとおっしゃいました。

さらに現実でよく聞くのは、染色体異常のスクリーニングは実際に不妊クリニックで結構されているのではないかと、データはないですけどよく聞きます。きょうだい姉妹間の卵子の提供なども、学会が慎重でも現場では、実際は友達を連れてきてもやったりする所もあるという話も見聞きします。そのアンダーグラウンドの現場のニーズや医師の裁量で進んでいってしまう現状については、どのようにお考えでしょうか。やはり、疑問を感じる人は、それを言い続けていくしかないのか、特に卵子のことでは、最後は仕方ないことなのか、先生のお考えをお願いします。

齋藤加代子：実際に堂々とやって、産科婦人科学会と裁判的なやり取りをしている方もいれば、本当にアンダーグラウンドでということは実際にはあるかもしれません。私も、実際にアンダーグラウンドでどのぐらいやっているのかは分かりませんが、話は聞くことがあるので、そのような傾向はあるかもしれないと思っています。

産科婦人科学会の方たちは本当に考え方の幅が広くて、着床前診断を進めていく方向に対して、非常に慎重な意見を述べている産婦人科のドクターたちもいます。やはり、日本の文化としてどんどん進めていくことに対して、また代理懐胎に関する問題点などに対してです。要するに、先ほど先生がおっしゃったような、「第三者である他人の体

を傷つけてまで」という考え方をしている方もいます。私も産婦人科の医師たちの中に深く入っているわけではないですが、公開討論会などの現場に行き、両側の討論を聞いていると、産科婦人科学会の方々も大変に高い見識を持って判断をしておられると思います。

一方で、やはりどんどん進めないといけないと思っている人もいます。様々な考え方があ、考え方のバリエーションというか多様性としてお互いを認めながらやっていかないといけないのかと思います。お互いに認めるなら何をしてもいいという意味ではなく、産科婦人科学会としてどうするかはきちんと筋を通し、いろいろな問題が起ってきたときに、外部委員を含めて議論をする、または第三者機関などで検討をするなど、広く意見を求めつつ、対処していくことが求められていると思います。

質問者 3：貴重な話をありがとうございます。先生のお話の中でも、遺伝に対するイメージと遺伝子に対するイメージという話と、少しかかわると思いますが、一つ質問させていただきます。

実際に妊娠している方から聞く、漠然とした遺伝に対する不安があります。例えば、AID に関する議論でよく出てくるのは、異母きょうだいで結婚してしまうかもしれない確率に対するバックグラウンドで、近親婚に対する漠然とした遺伝に関する不安があると思います。父親からの性虐待で妊娠した女性が、漠然とした近親婚に対する不安があって中絶をする。精神的なこととは別に、遺伝に対する漠然とした不安なのか。あるいは自分の息子との性関係において妊娠した女性が、遺伝に「何かあるのではないか」という漠然とした不安でいらっしゃった方には、現場としてどのようなカウンセリングになり、話をされているのかを、常々疑問に思っていたので、教えてください。

齋藤加代子：非常に近い近親での相談は、私は受けたことがなく、いとこ婚までの相談は結構多いです。いとこ婚に関しては、問題になるのは、稀な常染色体劣性遺伝をする遺伝性疾患です。多くは1万人から数万人に1人というまれな病気です。ですから可能性が可能性が高くなるといっても、せいぜい千分の1程度、つまり1000人に999人は病気になりません。一方で、日本人は、血族結婚がない人たちでも、ある遺伝性疾患の保因者である確率は50から500分の1くらいあります。自分の家系に誰も遺伝性疾患の患者がいなくても常染色体劣性遺伝の保因者である可能性があるのです。また、新生児においては、5%ぐらいの頻度で遺伝子の変化を、新生児期に起こす状態にあり

ます。そのような確率を考えていくと、いとこ婚においては劣性遺伝性の疾患が近親にいない場合には問題としないという考え方です。

さらに近い近親になると、やはりそれはまたリスクがすごく高くなってきます。きょうだい同士、または親子だったりすると、遺伝子の変異を持った者同士の可能性はより高くなります。それは漠然とした不安より問題となります。しかし、その前に、DV的な問題を解決しないといけなと思います。遺伝子や遺伝という問題としては、やはりかなりリスクが高くなると考えます。いとこ婚までは、近親婚として計算上許されていますが、より近い関係であった場合、私たちとしては、やはりその背景を解決するほうを、私としてはDV的な問題、親子間の問題、そちらの解決のほうを、遺伝カウンセリングよりも先にやらないといけなと思います。

質問者 4: 先ほどのご発表の中で、自己決定で述べられない領域としてさい帯血を出されました。私の知っているトピックです。日本でも一時期ありましたが、アメリカで、さい帯血を提供しようというキャンペーンが行なわれ、その裏には、さい帯血を使ってビジネスをしている企業がありました。さい帯血を健康な母子から採ることは、そこで胎児に本来流れるはずの血液もなくなってしまうし、余計な処置もあることでリスクが高まるけど、そのような情報は伝えられずに、世の中のためになることだと。アメリカの場合は、さい帯血を採っておけば、赤ちゃんが将来何かあったときに役立つかもしれないということで採られていました。採ったものは、本人に使われるために保存するだけではなく、ほかの人にも使えるように売られていたことがありました。そこで女性の自己決定が、経済的な力、社会的な力に奪われた状態で、バイアスをかけた状態で行なわれていたことが問題になるトピックがあるので、思い出しました。

話を伺っていて思ったのは、法学の中で自己決定という言葉をどのような文脈で用いているのかという点です。私の不理解と、認識は違うのかもしれないですけど、私の思っている範囲では、日本で自己決定の議論が医療の現場へ出てきたときは、医師から患者に対して、医師の持つパターンリスティックな圧力に対する手段としての自己決定であり、何らかの権力に対して、弱い人が自分の意思を何とか伝えて行使していく意味でとらえていたものです。同じように女性の自己決定は、基本的に女性はいろいろな領域で圧力を受けている。だから弱者として、アサート (assert) していくという意味での自己決定だと思います。自己決定自体は、女性に限らず弱者はどの人でも言えるので、非常に相対的な概念で、もちろん男性でも障害者をはじめ様々な方に自己決定は使えま

す。

教科書的なことになり申し訳ないです。少し説明がしたくなかったので、細かいことを話してしまいました。

女性の自己決定と言ったときに、わがままととらえられている視点があるとおっしゃったのは、多分女性の自己決定の言葉から組み入れられてしまっているのだろう、自己決定自体は弱者に対するものであるにもかかわらず、女性が自分の弱者性のないもの、男性と対等な場においても、女性としての抑圧を受けていない領域についても、「女性の」という冠を付けることで、ある意味エゴと呼ばれる、弱者救済以上の欲求を権利として主張しているように思います。以上です。

齋藤有紀子：さい帯血は、確かに日本でも、自分の赤ちゃんが将来病気になったときのために採っておけば、その子のために使えるとか、社会貢献で、再生医療で待っている人に役に立つとか、ボランティア精神に訴えるかたちのみで言われています。お産は何が起こるか分からない緊張感を持ってやらなければいけない状態の中で、胎盤やさい帯を清潔な環境で取り扱って、それだけきれいに別のノウ盆で処理してというと、医療者もそれに人手や神経を割かれる。その中で妊婦さんへの関心や注意力が、もし少しでも削がれてしまうことがあれば、確かに問題です。さい帯血をいただいた人といただかない人で、妊婦さんに払われる関心が変わる可能性があるとは、医療者は当然説明しないので、そのあたりの問題は確かにあると思います。

自己決定は、弱者が自分の主体性を主張するためのものだというのは、もちろん、そういう面があります。自己決定とあえて言わなくても、自分の意思表示が受け入れられる人たちは言わなくても済むからです。「自己決定権」と言わなければいけない場面や、それが機能する必要がある場面は、社会的に弱い立場や、少数の声なき声、あるいはサイレントマジョリティの本音だったりすると思います。

今日申し上げたかったのは、そのことではなくて、では、平等な状態の中での自己決定というのは自己決定ではないのかということ、それも自己決定ではないかということです。他人からとやかく言われずに、自分の自由意思が尊重される。他人の生命を奪う、他人の財産を奪うことにかかわらない限りは、人は自由でいられるという、自由を根拠にした自己決定であれば、行き過ぎの自己決定は本来あまりないはずですが。ただ他人から見れば、それを今この場で言うのは、あなたはいいかもしれないけど、ほかの人のことはどう考えるのかとか、あなたがそれをやったら、ほかの人への影響はどうするの

か、これほど傷付く人が別にいるのに、などという、権利を奪われるわけではないけど、違和感や不快感を感じる人がいる。

そのようなかたちでの、弱者として主張しなければいけないときではない部分の自己決定も確かにあり、それがグラデーションのように生殖の自己決定でも起きている。弱者としての自己決定権と、自由を追求する自己決定権がつながっている。それは女性の体に多く起きていて、「女性の自己決定」というかたちでくくられているので、そのへんが誤解も含めて、女性の自己決定に対するいろいろなまなざしを呼び起こしているのかなと思います。

第3回 公開講演会「国境を越える身体とツーリズム」

日時：2011年1月22日(土) 13:00-16:30

場所：明治学院大学白金キャンパス 2号館1階 2301教室

栗屋剛（岡山大学・医歯薬学総合研究科・生命倫理学分野／生命倫理・医事法）

「アジアへの移植ツーリズム—その現実、法、倫理—」



本日のテーマは「アジアへの移植ツーリズム」である。最初に中国の死刑囚移植問題、それからフィリピン、インドの臓器売買とその延長線上にある人体の資源化・商品化の問題、最後に移植ツーリズムの一般論、という順で論じたい。

最初に、中国の死刑囚移植の問題。中国は臓器移植に「死刑囚を使っていない」と言ってきたが、1994年以降事実が判明し始め、80年代から中国は国家ぐるみで死刑囚を使っていたことが分かった。1984年10月9日付の内部文書には「死刑執行命令が下達したのち、直接利用できる死体が出たら、人民法院は、あらゆる地区の衛生局に通知しなければならない」と書いてある。「証明書を発行して・・・」とか、「死刑囚の死体および死体臓器の利用の秘密を厳重に守る。衛星部門のマークの入った車を使ってはいけない。白衣を使ってはいけない」などとも書かれている。

中国はアメリカに次ぐ移植大国である。日本の2万件に対し、移植件数は2009年の時点で8万5,000件。心肺同時移植、膵腎同時移植などあらゆるものが行われている。移植を受ける患者は高級官僚や特権階級の人やお金持ち。香港、台湾、シンガー

ポールなどの「人種的」には中国人である華僑や日本人などである。アラブ世界からも来ている。

死刑執行の統計数字は公表されていないが、アムネスティなどが2,000から6,000の間と見積もっている。窃盗罪でも死刑になり、公開処刑は半公然と行われている(いた)。1997年から薬物による注射殺の死刑が合法化された。生体組織の保存のためには注射殺の方が好都合だという背景があるのだろう。

死刑囚移植の論理は廃物利用理論である。中国では臓器売買は禁止されているが、死刑囚移植は禁止されていない。死刑囚本人の同意がなくても家族の同意があればできるわけで、これは「自己決定権の空洞化」と呼ぶべき非常に大きな問題だと考える。

先進国の認識からすれば、中国の死刑囚の臓器移植は人権上の問題である。「人権は経済の関数」と言える。分母である「人口」が大きくなればなるほど人権は小さくなるし、分子である「経済」が大きくなればなるほど人権は大きくなる。GDPで世界2位になった中国は、変わるべき時にきている。バスの中で注射殺を執行するという「死刑バス」も倫理的問題が大きい。小林先生の論文や、カール・ベッカー氏の論文、城山氏の『中国臓器市場』などが、これらの問題を考える参考になると思う。

私は最近中国でプラスチックネーション調査を行った。焼き場の前で死刑囚の死体を買って、プラスチックネーションを行って日本に輸出する。日本の業者は死体を「借りている」と言うが、向こうの業者は「売った」と言う。これは死体の商品化である。死体の売買では、アメリカ陸軍がUCLAから買って、地雷の爆破実験に使っていたということもあった。

以上、中国の死刑囚移植問題の話である。次に臓器売買の話に移りたい。

臓器売買の行き着く先に人体の資源化・商品化の問題が見えてくる。生命の商品化、性の商品化などと平行に考えることもできる。フィリピンではずいぶん前から臓器売買が行われている。これまでにフィリピンで移植を受けた患者数は、欧米人とアラブ人が同じぐらいで、日本人は多く見積もっても数百人だと思われる。フィリピン

で臓器を売った人たちが入っている刑務所に調査に行って聞いたところ、臓器を提供すれば刑は軽くなるという（当時）。契約書なり誓約書には、「あなたは腎臓病で困っているから私の腎臓を1つ提供します。まったくボランティアで」とあり、一方は「あなたはお金に困っているから、私はあなたにお金を寄付します」とある。両方合わせたら臓器売買のかたちになる。

フィリピンでの300人を対象にした調査を紹介する。ドナーは、「臓器提供の後に健康状態が低下したと思うか」という質問に約70%の人が「健康は低下していない」と答えている。欧米の研究者がネットなどに載せている「多くが健康が低下、大変な人生を送った」というデータと逆である。

「受け取ったお金を何に使ったか」との質問には、家に出費した、生活費、借金の支払い、病院費など、と答えた。「ドネーション（提供）した後に経済状態が改善したと感じているか」という質問では、40%がイエス、36%の人はノーであった。「後悔しているか」に、「イエス」が26%、「後悔していない」が71%。これも一般には、よく逆のことが言われている。これと対比すると面白いが、道徳的な罪を犯したと思っている人が多く68%いた。29%の人はノーである。結局、「罪の意識を心のどこかに持っているけれど、後悔はしていない」ということだろう。「強制されたと思うか」という質問では、イエスが29%、ノーが71%であった。

移植用の臓器の売買はたいていどこの国でも法律で禁止されている。禁止されていない国はフィリピンで、正確に言えば罰則がない国である。フィリピンは逆に進めようともしている（いた）。インドでは臓器売買が法律により禁止され、アンダーグラウンドで売買による移植が行われている。55人を対象とする私の調査では、ドナーの最年少は14歳、最高齢は41歳。性別は女性が60%だった。なお、フィリピンでは逆に男性の方が多い。フィリピンでもインドでもドナーはたいてい底辺層の人々で、臓器売買においても搾取が行なわれている。こうした状況を黙認、放置していることは、それに加担していることと同じであると考えられる。

人体は値段を付けることができる時代になった。アメリカでは、ヒト組織すなわち、心臓弁、アキレス腱、血管など、各部位が冷凍保存され、実質的に値段も付いて、売

られている。医学研究用の臓器、アルコール中毒患者の肝臓、脳腫瘍患者の脳などは合法的に取引され、研究が積み重ねられている。こうした人体部品はほぼ合法的に取引されている。

移植ツーリズムは、移植商業主義の可能性と、受け入れ国の移植医療の機会減少の可能性を含んでいる。移植ツーリズムのために国内の臓器が不足すると臓器摩擦が発生する。「臓器不足」と表現すると、不足していることが何か悪いことというイメージになる。臓器提供は当然で「臓器をもらう権利がある」という考え方につながる。日本で「臓器不足」という言葉が使われるのは、欧米から比べると少ないからである。イスタンブール宣言には「国や地域は、自国あるいは近隣の協力の下に、臓器を必要とする者のために必要な数の臓器を確保し、臓器提供の自給自足を達成するための努力をすべきである」とある。マスコミの論調も「命のリレーを早くやれ」、である。

メディカルツーリズムは、日本でも各自治体が一生懸命になっている。それを「亡国のシナリオ」と呼ぶ医師もいる。『週刊朝日』の記事や三枝先生の『世界の名医があなたを待っている』などを見ても、メディカルツーリズムの浸透ぶりがわかる。

移植ツーリズムがなぜ悪いか。ただ「いけない」と言うのは無謀である。国際社会が足並みをそろえて禁止する問題ではなくて、それぞれの国が自分の国で臓器が不足しているから、一時的であれ外国には提供しないという政策を展開すれば済む。また、ツーリズムの引き起こす社会経済的な問題は根本的には解決されない。

一部の人の善意に頼るシステムは危ない。善意を強制することはさらに危ない。「地獄への道は善意で敷き詰められている」という格言をここに記して締めくくりたい。

(当日の講演をもとに要約したものです)

出口顯（島根大学・法文学部／文化人類学）

「養父母になった国際養子たち」

スカンジナビアの国際養子縁組におけるアイデンティティと親子関係」



ただいまご紹介にあずかりました、島根大学の出口と申します。よろしくお願ひします。私の話は、国境を越えた後のお話になると思います。「養父母になった国際養子たち」について、特に北欧のスウェーデン、デンマークで、私自身が調査した事例をもとにお話ししたいと思います。

2001年からは、毎年夏に北欧で、埼玉医科大学の石原先生と一緒に調査をしてきました。生殖医療の法的規制や社会的対応、さらには産婦人科医の見解について北欧の事例が我が国ではほとんど知られていなかったため調査をスタートさせました。

北欧では、不妊治療の代替策として国際養子縁組が行われています。実際に、病院やクリニックで、不妊治療の専門家から、患者さんたちに対して、子どもをもつためには、不妊治療だけではなく国際養子縁組という選択肢もあることを早くから提示されているわけです。そこから、私自身の研究は国際養子にスライドして行きました。単純に、英語で不妊治療のテクニカルタームがなかなか聞き取りにくかったこともあります。

まず、国際養子縁組についてお話ししておきます。外国から乳幼児を養子にもらうことです。日本のような婿養子をもらうということではありません。もらわれた養子は、法律上は出生国とのつながりが断ち切られてしまいます。つまり、この場合は二重国籍ということはありません。韓国からスウェーデンに養子にやってきましたら、彼や彼女は完全にスウェーデン市民となり、韓国人国籍を一切持たないこととなります。

北欧で、国際養子縁組というと、異人種間養子縁組である場合が圧倒的に多いのです。「人種」という言葉は、科学的根拠がある概念ではないのですが、取りあえず今この言

葉を使っておくと、異人種間養子縁組である場合が圧倒的に多い。親が白人であるのに対して、アジア系、アフリカ系、ラテンアメリカ系の子どもとなります。

こういう国際養子縁組がスタートしたのは、スカンジナビアでは1960年代後半からです。この背景には、スウェーデン、デンマーク、ノルウェーで、国内養子に出される子どもの数が著しく減少した背景があります。スウェーデンの場合、1998年に国内で養子に出された子どもの数は年間47人でした。この47人は、最初に里子に出されていて養子縁組に移った事例も含めてなので、里子に出された経験も持たずに最初から養子という場合は、だいたい年間20人から30人以下という数字にとどまっています。

スウェーデン、デンマークで、国際養子縁組がスタートした1960年代後半は、ベトナム戦争が真っ盛りの中です。そういうベトナム戦争で孤児になった子ども、それより少し前は朝鮮半島で孤児になった子どもの窮状が、マスメディアを通じて、あるいは実際にそこへ人道支援に行ったスカンジナビアの医師や看護師たちから伝えられました。そういう戦災孤児を救おうという人道的な立場から国際養子縁組がスタートしたわけですから、当初は、既に実子がいる人でも、外国から養子をもらおうということが行われていました。現在は、先ほども言いましたように、圧倒的に不妊治療の代替策で行われています。これは、治療の早い段階から、医師から話をされるわけです。

コペンハーゲンのある病院の産婦人科で実際に不妊治療に携わっている医師の研究室には、韓国人女性の写真が飾ってありますが、彼は韓国から養女をもらっています。彼には、妻との間に実子がいました。その後に妻が病気で不妊になったために、韓国から養女をもらいました。

なぜ養女をもらったのか、日本的な感覚で私は聞いてしまいました。1人もう自分の子どもがいるからいいのではないかというニュアンスを込めて伝えたのでしょうか。割と厳しい口調で、「私たちは、ほかに選択肢がなかった」と言われました。スカンジナビアの国では、子どもが複数いるのが望ましいという考え方が一般的です。1人というのはまず考えられない、子どもは2人もしくは3人いるべきだという考え方です。親が亡くなったときに支えあうのはきょうだいなのだということで、2人ないし3人以上もらうそうです。そういうことで、もう人道的観点からの国際養子は少なくなっていますが、実子がある人でも、その後妻が病気で不妊になったら国際養子をもらうことは、今でも割と行われています。

先ほどの柘植先生の、生殖ツーリズムの北と南の格差という問題とも関係しますが、ここで簡単に、国際養子主要受け入れ国とその実数をご紹介します。おきたいと思います。

国際養子に関してはご存じの方も多いと思いますが、1993年にハーグ協定というものが作られ、ハーグ条約が設けられています。国際養子をしようとする場合には、それに署名することの決まりができています。ちなみに日本は、協定に署名も、それに基づいた法律もないし、統計データも信頼すべきものをどこで見ればいいのか、まるで分からないということです。イギリスのピーター・セルマンという教授がずっとこういうデータを作っているのですが、日本は含まれていません。

国際養子縁組の数がもっとも多かった年が2004年です。数の上ではアメリカ合衆国が一番多くて2万2,884人、次いでスペイン、フランス、イタリア、カナダと続きます。スκανジナビア三国の場合は、1,109人、706人、528人と、絶対数は少ないですが、人口10万人に対する国際養子の割合では、ノルウェーが15.4%で一番高いわけです。1998年の段階ではパーセンテージは低かったスペインが、21世紀に入ってから世界第2位や3位になるが多くなってきている。第3位がスウェーデン、デンマークです。養子の割合で行くと、ノルウェー、スウェーデン、デンマークと、スκανジナビア三国が上位を占めるわけです。これはどういうことかと言うと、街を普通に歩いていると、白人の親がアジア・アフリカ系の子ども手を引いているという姿をよく見られるということです。

今日の話と直接関係しませんが、アイルランドが、やはり21世紀になってから割合の上では数が増えて、どちらかと言うと例外的な国になりました。1970年ぐらいまで、あるいはもう少し後まで、実は国際養子の抛出国でした。ところが、1990年頃から旧社会主義国の政権が倒れて、東欧で貧困から孤児になる子どもが増えていることが伝わると、そのころから経済的な発展が著しくなったアイルランドでは、国際養子の抛出国から受け入れ国に転換していきます。そのように、抛出国もしていたし、受け入れ国も高い割合でしている例外的な国がアイルランドになります。

話を戻します。次に、スウェーデンではどこから国際養子として子どもがもらわれてくるのかです。あくまでも上位に限ってのことですが、1990年代以降、国際養子の抛出国として世界第1位に台頭したのは中国です。人口が多いから捨てられるというか、そういう子どもが圧倒的に多いのです。韓国も高く、朝鮮戦争以降、外国に養子を出す国として、ずっと上位1位を占めてきていました。

1988年にソウルオリンピックが開かれるとき、韓国は自分たちで面倒をみ切れない子どもを外国に売っているということで西側諸国から非難が出て、国内養子の実践を言われるようになってきました。それ以降、国内養子の数を増やそうとしているのですが、

韓国はなかなかうまくいきません。21 世紀になり、もう一度そういう取り組みに乗り出し、功を奏していますが、それでも国内養子抛出国のトップ5からトップ10 ぐらいには必ず顔を出しているのが韓国です。ほかにコロンビア、エチオピア、ロシアという国々が上位抛出国になっています。

簡単に言うと、経済格差の大きいインドや中国のような貧困層、エチオピアのように、やはり貧困であり、長らく内戦が続いていた国、コロンビアのように、カトリックで貧困層が子どもを中絶することが認められないような場合、社会主義政権崩壊後の経済困難があったロシアをはじめとする東欧などの国が、国際養子抛出国になっています。

韓国の場合、今では貧困国とは言えませんが、父系理念のとても強い国です。女性がシングルで産んだ子どもは族譜(一族の系譜)の中に入れられない、そういう子どもは社会的に存在しない、言ってみれば、文化的な理念から養子に出されるという背景があります。

1990 年以降になると、養父母が子どもを引き取りに抛出国に行きます。そのときに、例えば韓国の土産物をいろいろ買ってきて、リビングに飾っておきます。これはヨテボリにすむ養母と養子の写真ですが、血のつながりは全然ないけれども、笑顔が本当にそっくりです。このとき、少年は 15 歳でしたが、もう母親の身長を追い越して 180 センチを超えるぐらいだと思います。この家庭にも、韓国のミニ国旗が飾られています。

このように、養父母が子どもの生まれた出生国へ子どもを引き取りに行き、いかにも韓国の何かを象徴するようなものを買ってきて飾っておき、子どもに触れさせるようにする背景には、「ダブルアイデンティティー」という考え方があります。1960 年代から 1970 年代にかけては、養子は 100%スウェーデン人であると考えられてきました。ところが 1990 年代から、養子が持っているパスポートはあくまでもスウェーデンだけのものだけど、生まれた国についての誇りも持たせたい、出生国の一員でもあるという考えを持たせたい、スウェーデン人であるけれども、同時に韓国人でもある自分のルーツに誇りを持つようにと、生まれた国の文化に触れさせます。国旗、本、美術品、音楽 CD を買い与えて、あるいはその国のエスニック料理を作って食べさせるようなことをして、生まれた国の一員でもある誇りを持たせようというダブルアイデンティティーという考えが一般的になってきています。

しかし、このダブルアイデンティティーにこだわるのは誰かという問題が実はあります。先ほどの家族でも、この少年の上にお姉さんが韓国から、弟が 1 人韓国から、もちろん血のつながりはないけれども、彼女たち夫婦にもらわれてきています。親は、子ど

もを引き取りに行くとき、最初の長女、3番目の場合は長女と彼を連れて、韓国へ子どもを引き取りに行きます。常日頃、韓国話題を持ち出します。例えば、夏休みに外国旅行をしようというとき、親は韓国へ行こうと言うわけですが、子どもはいい加減韓国の話ばかり聞かされてうんざりだから、行ったことのないアメリカのほうへ行きたいとなります。むしろ、親のほうが出生国とのつながりにこだわっているところがあります。

養子あっせん機関が組織する出生国ツアーというものがあります。「マザーランドツアー」と英語で言ったりもします。スウェーデン語での表現では「帰りの旅」です。チリから養子をもたらした養父母が、子どもはそのマザーランドツアーに行かなかったけれど、チリのおかげで私たちは親になれたからと言って、そのツアーに参加したことがあります。

ダブルアイデンティティーということが言われますが、多くの子どもは、自分は100%スウェーデン人だと考えています。もちろん、外見は白人のスウェーデン人と違うけれど、その場合は「ダブル」と言うよりも、むしろ「エクストラ」なものであり、周りの友人が持っていない、何か特別なものを持っているという感覚に近いのです。

ダブルアイデンティティーは、ある意味でオリエンタリズム的なアイデンティティーとも言えるわけです。国旗や音楽、絵画をリビングに飾って触れさせることが、単純に2番目のアイデンティティーにつながるのかという問題は、あまり親たちにも養子あっせん機関にも考えられていないようです。言ってみれば、子どもが東京で捨てられたにもかかわらず、京都で買った土産物か何か、金閣寺の写真を家に置くようなものです。それで本当に日本人としてのアイデンティティーを、子どもに与えることになるのかというような問題がここには潜んでいます。

次の写真です。この家族は、先ほどの石原先生の『生殖医療と家族のかたち』（平凡社新書）の冒頭に紹介されていますが、ご夫婦はフィンランド出身で、スウェーデンで生活しています。子どもたち2人はコロンビアからもらわれてきて、スウェーデンの市民権を持っています。ご主人は、実はフィンランドで国内養子に出された人だったのです。夫はフィンランドでの国内養子、子どもたちは養子で、それを考えると、「生物学的な親の下で生まれ育ったのは、この家族の中では私だけだから、この家では私のほうがマイノリティーだ」ということを奥さんは言います。このように血のつながりがすべてではないと考える人たちも多々出てきています。

半世紀の歴史があるということは、1960年代の終わりから1970年代の初めに養子としてもらわれてきた人は、当然成人しています。そうすると、かつて国際養子だった

人が、不妊などの理由で、今度は国際養子の養父母になる場合もあるのではないか。そういう場合、その人たちは自分と同じ出生国、自分と同じ外見の子どもを養子として迎えるのか、そういうことにまったくこだわらないのか、調査を進めていくうちに気になりました。その事例をこれからお話しします。2007年から調査を始めましたが、なかなかそういう人たちに出会えなくて、昨年までの段階で話を聞いたのは5組の方たちでした。

まず、1973年韓国生まれの男性の事例です。生後16カ月でスウェーデンに養子としてもらわれてきました。彼にはエクアドル出身の妹がいます。つまり、彼の養父母は2人の子どもをもらったわけです。この当時は、親は子どもを引き取りに出生国には出掛けなくて、エスコート役が子どもを連れてきて、親は空港で子どもを引き取ることが、この当時は一般的でした。

韓国生まれのこの男性は、2005年にスウェーデン人女性と結婚します。妻が不妊で体外受精を試みたのですが、奥さんが年上で38歳でした。体外受精の年齢制限が近づいていて、もう何回もすることができなくなったことから国際養子を選択しました。「自分が養子であったから、養子をもらうことは極めて自然な考えだった」と、彼は話していました。

国際養子をしようと思っても、ソーシャルワーカーのホームスタディと称されるものがあったり、あっせん機関を通じて書類を送ったりして、結構手続きに時間がかかります。この人の場合は、養子をもらおうと決めてから実際に養子が来るまで2年弱かかったのですが、2007年に中国から養女をもらいました。アジア系という、自分と外見が同じことが中国から養女をもらう決め手ではなく、コストがほかの国と比べて安かった、その当時は待機時間が割と短かったという、実際的な理由で中国を選択したのだそうです。

彼は、自分が韓国から来たのに、なぜ韓国から養子をもらわないのかという質問を、周りからしばしばされたそうです。この人は、韓国に一度も行ったことがなく、出生国を訪ねたことがありません。高校生のときにアメリカに留学したことはありましたが、韓国に行ったことはありません。なぜ韓国から養子をもらわないのかは、なぜ生まれた国の韓国に行きたいと思わないのかという質問と同じようなことに感じられる。自分は特別に韓国に行きたいと思っているわけでもないし、たまたま生まれて、でもすぐに警察の前に捨てられていて、生後16カ月でもらわれてきたから韓国のことなど何も覚えていないのに、なぜことさら韓国とのつながりを周りが持たそうとするの

か、すごく違和感がある。韓国から来たから韓国から養子をお願いしたいとか、韓国と同じ東アジアの中国からお願いしたいと思ったわけではないと話していました。

2番目の例は女性です。彼女も韓国からデンマークに養子にもらわれて、彼女自身も韓国から養子ももらいました。彼女は1966年に韓国で生まれて、1967年にデンマークへ養女にやってきました。デンマークの最初の国際養子の一人でした。今、北欧に数多くあるホテルのマネージャーをしています。2000年にノルウェー人の夫と出会い、2004年に結婚します。この場合の結婚は正式に結婚することで、それまでは事実婚が続いていました。彼女自身が糖尿病を患っていることがあり、実子を持つことをあきらめて、2007年に韓国から男の子を養子にももらいました。

彼女は、生まれたときから割と韓国とのつながりがあり、それで韓国との養子縁組を選択しました。彼女の両親の雇い主が、実は実業家で韓国とのパイプが強く、その雇い主が韓国に行ったときに、子どもがいない彼女の両親のために、韓国で彼女を見つけてくれて養子縁組の手続きをして、両親のための養子として連れてきてくれました。その両親の雇い主の娘さんも、子どもができなかったので韓国人養子ももらっています。合計4回、学生のころや働くようになってから韓国旅行をしていて、韓国に里親制度を知ることになります。これは大変良い仕組みだと思ふようになり、韓国から養子ももらおうと決めたわけです。

彼女自身が養女になったとき、親は彼女を引き取りに韓国に行ったわけではなく、コペンハーゲンの空港で彼女を出迎えているわけです。そこで彼女の親は、彼女の推定の誕生日のほかに、彼女がデンマークにやってきたその日を「ホームカミングディ」と称して、誕生日と同じようにお祝いをしました。彼女もこれを踏襲して、息子がやってきたとき、息子と最初に会った日をホームカミングディとして祝うようになったそうです。だから、生まれ以上に、親子が出会った日を家族の記念日として祝うようになっています。今、アメリカの養父母たちも同じようなことをやっていて、「ファミリーディ」と言っています。

彼女自身は、周りとは外見が違うことを悩んだことはなく、ずっと自分をデンマーク人として自己規定してきました。韓国へ4回旅行したわけですが、特に生物学的な母親を探そうと思ったことはなかったそうです。韓国を選んだのも、最初に言ったように、韓国へ行き、韓国の里親制度のことも知っていたし、韓国から養子ももらった人が身近にいて、韓国文化が自分の周りにあふれていたから、養子ももらおうとしたら韓国からということが極めて自然だと思えたそうです。自分が韓国生まれだから、韓国の出自という

か、生物学的な特徴を大事にしたいから、養子も自分と外見が同じ韓国の子どもをもらおうという考えではないと話してくれました。

この女性に、去年の12月にもう一度会ったのですが、国際養子であることについて、自分の体験と息子の行動を比較して、あれこれ考えてきたことを話してくださいました。養子には、捨てられたという思い、それから捨てられるかもしれない恐れが、言ってみれば養子の一部として絶えず傍らにあります。例えば、養父母が少し自分から離れようものなら、母親のスカートのすそを引っ張る、養父母がどこかに旅行に出掛けようとするときには、スーツケースの上に乗って行かせないようにするような行動があります。その一方で、無意識に生き残るためにポジティブになるから、例えば、積極的にデンマークを覚えようとする、そういうところがあるのではないかと話してくださいました。

次は1975年アフリカのリベリア生まれの女性です。1976年にスウェーデンに養子にもらわれてきました。2歳下の妹はインドから養子にきました。彼女が、先ほど紹介した人たちとこれから紹介する人たちと大きく違うのは、生物学的な両親と成人してから会っていることです。1977年の22歳のとき、アフリカからアメリカに移った生みの母親から手紙をもらいました。それは、彼女にとってはとてもショックで、気持ちの整理がつかなくて、会うのに3年ぐらいの時間がかかりました。会っても、本当の母親と娘にはなれないと思ったのだそうです。

生みの母親とスウェーデンにいる母親、2人の母親と父親がいるとは思わないかと聞いてみましたが、「自分には母親は1人しかいない、スウェーデンで私を育ててくれた人だ」と言いました。先ほどの、柘植さんの卵子提供者の意見にあったようなことと極めて同じような考え方が、生まれてきた側、育てられた側でもそういう考えを持っています。

日本語で言う「おかあちゃん」という感覚なのでしょうが、スウェーデン語で「マンマ」と言います。アメリカにいて、たまにスウェーデンに来る生母に対しては「ママ」とは言うけれども、決してスウェーデン語の「マンマ」を使うことはなく、「マンマ」という呼称を使うのは、スウェーデン人の養母に対してだけだと言います。

彼女は体外受精を4回試みますが、その都度妊娠・流産を繰り返し、それで国際養子をもらおうと決心しました。リベリアではなくて南アフリカから2人の子どもをもらいました。そのあとで彼女と夫との間に実子が生まれます。実子が生まれてよかったと思うかを聞いてみたら、「養子も実子も、どちらも自分にとっては本当の子どもだ。自分の生物学的な子どもができて幸せだろうと周りから言われるけど、なぜそういう質問を

されるのか分からない」そうです。あえて特別な子どもを選べと言われたら、むしろ最初の子であり、この子が来たから、自分たちは親になれたからということです。ずっと子どもが欲しいと思っていたから、彼が来てから親になれたから、強いて言えばその子が特別だということになります。なぜ彼女夫婦が南アフリカから養子をもたらったかと言うと、子どものいろいろなDNAの診断やケアが割としっかりしているからということが第一理由だったと言っています。

次は極めて珍しい例ですが、ご主人が韓国からの国際養子、奥さんがエクアドルからの国際養女で夫婦になり、子どもがベトナムからもらわれてきた例です。夫は1977年に韓国で生まれて、生後6か月でスウェーデンに来ました。ロンドン留学中に韓国人のガールフレンドができたので、その彼女を訪ねに韓国に旅行に行ったのですが、外見は自分と同じでも仕草がまったく違うことで、韓国人と違うということ、自分はスウェーデン人だということを実感してきました。その旅行の体験をブログにつづったときに、そのブログを読んだエクアドル出身の奥さんがコンタクトしてきて、奥さんと実際に会うようになり結婚しました。

奥さんは1975年にエクアドルで生まれ、生後2か月半でスウェーデンに来ています。チリ出身の弟がいます。赤ん坊はどこから来るのかを言われたとき、あるいは幼稚園や小学校で話しているとき、「コウノトリが来た」や「おなかから生まれた」ではなく、「飛行機で来た」ということを、周りに強く言っていたそうです。彼女は養父母への愛着が強く、親のほうが、生まれた国のエクアドルに行ってみようかと言うのですが、「絶対に行きたくない」と、ずっと拒み続けてきたのだそうです。つまり、エクアドルに連れていかれたら、そこで実の親戚たちが、養父母のもとから私を引き離してさらってしまうのではないかと、それが怖くて一度もエクアドルには行っていないと言っていました。

養父母との結び付きが強かったので、ずっと子どもができないときも、不妊治療を受けずに養子縁組を選択しました。つまり、養父母が養子縁組によって子どもを持ったから、その養父母と同じ体験をしたかったというわけです。

どこの国からもらうかということで、妻が南米、夫がアジア、住んでいるところがスウェーデンです。アフリカから子どもをもらってもいいけど、それでは国連みたいで、それはどうかということでエクアドルに落ち着いたのだそうです。しかし、なかなかエクアドルから返事が来なかったため、国際養子縁組について、2007年までスウェーデンと良好な関係を保っていたベトナムに変更して手続きをしようとしていたところ、障害を抱えた子どもをもらってくれるかとベトナムから先に連絡が来て、すぐに応じまし

た。別に病気を抱えていても関係ないと言っていました。2007年10月にベトナムに引き取りに行きました。それがこの子で、障害を持っていても、単に弱視であっただけです。

これは2009年の写真ですが、奥さんは太っているのではなくて、このとき妊娠していました。2009年12月に女の子が生まれています。生まれても、別に養子も実子も違いはないということです。クリスマスカードがメールで送られて、写真を見てみると父親にそっくりです。

最後の例です。エチオピア生まれの男性で、エチオピアから養子をもたらした人です。今まで話してきた中で、彼だけが外見が重要だと言いました。この男性は、生後14か月でスウェーデンにもらわれてきています。この当時の例として、養父母には既に実子がいました。彼の後にも息子が生まれています。家族の中で自分一人だけ色が黒い、周りとは違うという感覚があったけれども、家族の中で阻害されたり孤立を味わうことはなく、きょうだいも養父母も大切にしてくれました。やはり父親と自分の色が違うことは気にはなっていたけれど、「両親は、私が欲しかったからもらった」とポジティブに考えるようにしたそうです。

22歳のとき、大学のソーシャルワークのフィールドワークでエチオピアに訪問して、エチオピアを気に入るようになります。その後、エチオピア・エリトリア協会という、2つの国からスウェーデンに養子にもらわれてきた子どもたちの協会の会長になり、実の親を探したいという人たちの手助けをする活動をしています。

2005年にスウェーデン人の妻と結婚しますが、彼女のほうがずっと年上で、もう既に成人した子どもがいました。彼女は新たに妊娠して実子を欲しいとは思わないので、では養子をもらうと、エチオピアから養子をもらうことにしました。この男性は、自分は85%スウェーデン人だけど、15%はエチオピア人であり、やはり容貌はアイデンティティーのどうしても欠かせない一部だと言います。養子をもらうことにしたとき、エチオピアから養子をもらえば、その子が父親と外見が違うことを悩まずに済むだろう、自分が父親と外見が違うことを気にしていた思いを子どもにさせないために、エチオピアから子どもをもらうことにしたと話していました。

最後のまとめです。このように養子ごとに考え方が違うわけです。多くは自分と外見が同じ子どもが欲しい、自分と同じ国から欲しいとは思っていないけれども、すべてがそうだとは言いきれないのです。「血は水よりも濃い」とは言えないけれど、どこかでいつも血というものあるいは遺伝子といったものがいつも傍らにあります。5番の男性

の場合は、血というか外見というか、自分の生物学的な特徴がまったく問題にならないと考えているわけではありません。

4番の女性の場合は、息子の行動と自分の行動の類似点を見つけます。捨てられた思いがする、親がどこか行こうとすると絶えず付いていくなど、そういう息子の行動と自分の行動の類似点を、国際養子だからということに根拠を求めようとします。普通の親子であれば、それは血のつながりに求めるところですが、国際養子の親子の場合は血のつながりに根拠を求めることができないから、国際養子であることに根拠を求めます。

普通だったら血のつながりで説明するようなところを、それが使えないから国際養子を代わりに持ってきます。血のつながりで親子の行動の類似を説明するものがまずあり、それを基に行動の類似点を国際養子で説明しようとするところがあります。「血は水よりも濃い」とは言えないけれど、さりとて血を無視できないということが、国際養子の在り方の特徴かなと思います。

<質疑応答>

質問者1：栗屋先生が、インスタブル宣言を、国際移植学会が国際的に禁止するのはナンセンスというお話も少し出ました。国際的な協定で、いろいろな人、臓器、物、精子や卵子もそうですが、移動を何とか制限しようとする動きもなくはないし、そういう枠組みを作ろうというかたちも、現実的にはあるかと思います。全面禁止ではなくて制限をかけるという意味ではいろいろなことがあると思います。

ルールが作られたとしても、ルールを破って物を移動させようとする人たちは存在すると思うのですが、そのような視点で見た場合、養子縁組は、ルールがあれば比較的やらなくなるのか。生殖技術に関してはルールをくぐってでも、という人も中にはいます。そういう意味から、移植というものはルールがあっても、かなり破ってでも突破します。

今日、お話いただいた3つのテーマによって、そのルールを突破しようとするその動機付けというか、その道理の違いというものを、もし伺えればと思います。漠然とした質問ですみません。

柘植：確認です。移動を制限や禁止するというのは、例えば、移植の場合でも生殖医療の場合でも、人間が移動をして向こうで受ければ、それは、臓器や卵子や精子は移動させないことになるので、向こうで妊娠してしまえば可能だと思います。それも含めて、要するに海外へ行って臓器移植を受ける、もしくは卵子提供なり精子提供を受けること

も禁止するというご趣旨でしょうか？

質問者 1：生殖医療の場合は、そういう意味では難しいですが。

柘植：生殖医療の場合ですと、卵子や精子は輸出できないと言われても、人間が行くことは、日本の場合は少し遠くなりますが可能だと思います。

出口：答えにくいのですが、先ほどドイツのことで少し質問をされたとき、どうしようかと思っただまっていました。国際養子縁組が人身売買にならないようにトランスナショナルな移動を制限することが、問題解決には必ずしもならないと思います。つまり、移動を制限すれば、例えば、チリやコロンビアからの子どもが、スウェーデンへ国際養子としてもらえるけれども、外見が違ふ、アイデンティティーに悩むという問題もあるし、親がまったく分かっていない場合、子どもの福祉や利益を考えれば、外国への移動を制限し、外見が同じなど、近い人の周りで暮らすほうが子どものためになるだろうという意見もあります。それはそれで、言ってみれば抛出国側のナショナリズム、つまり国の資源を保護しようということになってしまうわけです。

国際養子を推進しようとするれば、それはスウェーデン側の利益につながるだろうし、とどめようと思えば抛出側の利益を増長させるだけです。子どものため、「welfare of the children」や「rights of the children」などと言っておきながら、肝心なその問題が置き去りにされていることがあります。だから、移動を制限すれば良いというものでもないだろうと思います。養子縁組に限って言いますが、結局は、貧しくて、しかも婚姻外で子どもを産んで育てられない環境自体をなくすことを考えていかなければいけないのに、その問題自体が実は忘れられていることのほうが問題ではないでしょうか。

栗屋：身体部品について言えば、組織レベルでは合法的に入ってきています。冷凍保存した心臓の弁、血管、骨など、それは当然です。臓器レベルでも研究用は入ってきています。今はやっていないと思いますが、移植用で死体腎が入ってきていますが、鮮度が落ちるので問題があります。それらは制限もルールもなく、何ら違法ではないわけです。何か一つルールを作るとすれば規制をします。例えば、エイズウィルスに汚染された組織を埋め込まれた人などがアメリカで問題になっています。そういうところは禁止ではなく規制します。

先ほどのご質問は、なぜ臓器の場合は禁止しても行くのか。それは命にかかわる、養子を得なくても命にはかかわらないという、重量との違いではないでしょうか。

質問者 2: どの先生でも、できれば栗屋先生にお聞きしたいのですが。2003 年ぐらいに『ワイヤード』というアメリカの雑誌で、人体のそれぞれのパーツの値段をつけると合計でいくらになるかの記事を企画したことがあります。その取材が正しいかどうかは、僕は分からなかったのですが、そういう面白いことが書いてありました。もし、人体を売ってお金をもうけたい人だったら、急いだほうが良いと言っていました。それはなぜかということ、もうすぐ幹細胞が開発されて、幹細胞がいろいろと人体をつくれるようになったら、人体を売ることもできなくなるということを、非常に皮肉っぽく書いてありました。その後に iPS 細胞の報告などがありました。

実際にできるのは多分 40 年や 50 年先の話であるとは思いますが、一応その将来的な道筋としては、体を構成する 200 種類以上の細胞のいずれかに必要なだけ再生して、それを技師エンジニアリングの技術と組み合わせて立体化していくことも、道筋だけはおそらくできているような気がします。

そうすると、理論的には人体の資源化や商品化の現象は、将来的には終焉するのではないかと、私は少し思っていたりもします。そのあたりで、今おっしゃられたさまざまな問題点は、人体の資源化や商品化の終焉と同時に問題も終わるのかということ、もしよければお伺いしたのです。

栗屋: まさにおっしゃるとおりだと思います。今の移植医療はつなぎの医療だと言われています。夢の医療と言われた遺伝子治療はほとんどぼしゃりました。これもどうなるか分からない。しかし、100 年、200 年のレベルで見ると、何かやってくれているだろうと思います。そうすると、これまで死んだ人も生きてる人もそうですが、死体の商品化などはしなくても済む可能性はあるでしょう。

そうすると、その問題は収束するけれども、今度は別のこと、SF 的な研究、人間改造などがものすごく進んで、取り換え引き換えで SF が出てきます。腎臓も心臓も、何もかも取り換え引き換えした、俳優の名前は忘れましたが映画にもなりました。最近、「目は何とか社製」など、あらゆる部品が、それはハイリブッドでも生体以外の何でも良いわけで、そういう問題がやはり残るでしょう。「人間とは何か」と使えば行き着く、「人間」のその問い自体をもう問われなくてもいい時代はいずれ来るでしょう。動物、

機械、ロボットなど、共存共栄の輪に誰が入るのかという問題、法的、社会的に保護されるのは誰なのか、そこに行き着く問題に、最終的にはそうなると思います。さらに SF のようです。

栗屋：2点あります。一つは、生体臓器移植や肝臓移植について、臓器移植の中では日本は世界でもかなり（生体からの移植の）率が高いです。世界的に、特にアメリカに行って経験したのは、生きている人から腎臓や肝臓を移植することはとんでもなく、虐待に近いのではないかと、家族の中での力関係が影響していると、すごく非難されたことです。

それを実際に UC バークレーの医療人類学者のナンシー・シェパー・ヒューズが、「Organs Watch」という研究活動をしていて、先ほど栗屋さんが幼児の人身売買で臓器を取られたというのは都市伝説ではないかと言われましたが、彼女はそれに近いようなこと（幼児の人身売買にからむ生体での臓器提供）について報告しています。たとえば、アフリカの人が、ブラジルに子どものころに連れてこられて臓器提供として腎臓を取られたという人へのインタビュー時の写真を出しています。彼女は臓器移植に関する社会的な活動をしている医療人類学者です。彼女のある論文で日本の生体臓器移植についても短く批判的に触れられていました。ただし、生体臓器移植を告発する論文の中で、粥川さんが今おっしゃったような、「再生医療が進めば、こういうことはなくなるかもしれない」とも書いています。

再生医療のための卵子を不正に集めたとして韓国で問題になったファン・ウソク元ソウル大学教授の例について、私はグループで調査してきましたので、再生医療が進めば臓器移植についての問題が解決できるといった彼女の期待については、「あまりに安易だ」と思いました。つまり、一つのことは解決されるかもしれないけれども、必ず次のことが出てくる気がしています。

出口：子どもの場合についてはどうお答えしていいのかわからないのですが、例えば、iPS 細胞などのすごい技術を使って、ある男性の体に成熟した精子ができるようにする、生きのいい卵子を不妊の女性の体に再生できるようになるかどうかは、もう SF ではなくなるかもしれません。

ただ、そうなればなるだけ、遺伝的なつながりへの思いというものがますます強くなっていくでしょう。しかし、それが良いことなのかどうかは、また別問題です。現実には、

例えば、スウェーデンでは離婚率が高く、再婚したときに、奥さんの連れ子も、自分の子どもと一緒に育てるようにして、核家族ではなくて鎖の輪をつなぐようなかたちで、今は親子関係ができています。ある人にとっては、自分の実の子どもも、奥さんの連れ子も同じ子どもとしてみるような、一つの家族関係の在り方として定着しつつあるとき、遺伝子優先のようなことにもなっていくのが良いのでしょうか。そうすると、今度は「本当の親だろう」という思いが、自分で産んだ子どもは自分で育てなくてはならないのになかなか育てられない、それがひいては虐待につながるという問題も出てくると思います。

柘植先生とは若干趣旨は違いますが、絶えずいろいろなことが諸刃の刃で、決着しないまま形を変えてずっと続いていくだろうという気がします。

栗屋：先ほど、質問者2さんの人体の意味論ですが、iPS細胞が出てきたとしても、ES細胞で臓器がつくれたとしても、人体には4つの段階がある物的人体論ですが、物から部品になり、資源になり、商品になる。資源までは、例え自分のiPS細胞であっても、やはり言えるでしょう。ハイブリッドな機械では収まらない、利用できるものはするというかたちでとどまらない、商品になるかどうかはその次の段階で、資源化、商品化で距離はほとんどありません。そういう意味では、iPS細胞テクノロジー自体も商品になっているわけですから、物自体も商品になるし、収まるかもしれないけれども、そこそこあるかもしれない。

さらに言えば、先ほど柘植さんがおっしゃったことですが、「テクノロジーは倫理問題の製造機械である」という言葉を、私も作りました。以上です。

柘植：先ほど言おうとしていた2つ目を簡単に言います。実は、質問者2さんも参加されていた研究会での話です。iPSで精子や卵子ができるようになるのではないかと、そこで買いに行く、売りに行くではなく、研究室でつくればいいのではないかと、そうすれば卵子や精子の提供者を搾取することはなくなるのではないかと、という話です。生殖細胞がiPS細胞から本当にできるかどうかはわかりません。

それをどう考えるかという、先ほどの栗屋さんの言葉を借りれば、新しく再生医療によって解決されると思われることが一方ではあり、本当に解決されるかどうか分かりませんが、ただまた新しいものが出てきて、結局、今の社会の世界の中のいろいろな差別や偏りというものが、新しい技術ができてくるときに常に反映していきます。

新しい技術はどのように、どのような方向性でできてくるかというと、結局そのバイヤスを反映したままできてくるので、新しい技術にあまり夢を持ってないのではないかとというのが私の意見です。

第14回 研究会

日時: 2012年3月20日(火・祝) 15:00-17:00

場所: 石川四高記念文化交流館 多目的利用室2

甲斐克則 (早稲田大学法科大学院教授)

「人工妊娠中絶と生殖医療－医事法・生命倫理の観点から－」



私は刑法という法律の科目を30数年研究してまいりました。同時に、医事法の研究も同じ年数ずっとやってきました。生命倫理もそれとかかわってきますので、命をめぐる問題というのに30年以上かかわってきたことになります。

この度、生殖医療に関して何か話をしていただけないか、という依頼を受けまして、タイトルをどうしようかと考えました。人工妊娠中絶の問題、それから生殖医療の問題、普通はどちらか一方に絞って話すことが多いのですが、トータルにこの問題を考える必要があるのではないかとかねがね思っております。命の問題、特に命の誕生の問題で、生殖補助医療ばかりに焦点が当てられることが多いのですが、自然の状態で妊娠したにもかかわらず妊娠中絶をするという現実も数多くあって、この問題を別問題にして扱うというのは、私はどうも違和感を覚えております。トータルに命の誕生の問題を考えなければいけないのではないかと、という観点から、両方を関連づけてとらえ直すべきだ、とかねがね思っています。したがって、その問題意識を鮮明に出したうえで話を進めたいと考えております。今日の話の6割ぐらいは、2010年に出した私の著書の『生殖医療と刑法』(成文堂)という中に書いている部分と重複するところはあるかと思えます。残りの4割は、一昨日ドイツから帰ってきたばかりですので、ドイツでの動きも

多少織り込んで、最新の情報もお伝えしたいと思います。

I はじめに——出産と法のかかわり

(1) 現行法と出産のかかわり

まず、出産と法のかかわりというのを少し整理しておきます。日本では出産する女性の側に立った法整備というのが非常に遅れています。端的に言うと、これがスタートラインです。介助する側、あるいは胎児、新生児、それぞれについて出産の周辺の法体制というのが非常に不十分です。

基本法である民法からして、せいぜい3条1項で「私権の享有は、出生に始まる」としか規定していません。これは当たり前のことを書いているわけですが、柱となるのは、せいぜいこれくらいです。胎児についてみても、民法の886条1項で「胎児は、相続については、既に生まれたものとみなす」とか、2項で「前項の規定は、胎児が死体で生まれたときは、適用しない」とか、こういう規定がいわばおまけ的に付いているのが現状です。

刑法も同様で、せいぜい墮胎罪の規定（刑法212条～216条）があるくらいです。刑法の性格上これはやむをえないかもしれませんが、それを補うはずの母体保護法、これがまた十分かという、後でも述べますとおり、まだまだ見直す余地があるのではないかと思います。それ以外ですと、労働基準法の64条の3とか65条で妊婦の就業制限規定があるくらいです。

(2) 出産の個人的意義と社会的意義

ところで、人の誕生ということを考えた場合に、出産の問題というのは、個人の問題だという考えが一方に当然あるわけです。しかし、個人だけの問題か、という点も考えざるをえません。つまり、出産は、個人的意義と社会的意義を有する問題ではないか、そのあたりから話を進めていきたいと思います。

まず、個人的意義については、よく言われる、産むか産まないかは女性が決めるという自己決定権が大事であることは、もちろん否定はしませんけれども、それがどういう脈絡で使われるか、が重要です。これは、両刃の刃で、見方によっては人を突き放す論理にもなります。「あなたが望んだのだから、この処置をしたのです。だから、問題が起きたらあなた自信が自分で責任とりなさい」、という具合です。特に生殖医療の領域では、それが頻繁に出てきます。代理出産や卵子提供でもそうです。したがって、「自己決定権が万能である」と喜んでばかりはいられないわけです。

「自分のことは自分で決める。要らぬおせっかいをしてくれるな」ということがよく言われます。これは、終末期医療の問題でも言われます。終末期医療の問題は、日本では割合真剣に議論をしますが、同じ命の問題なのに、欧米諸国に比べて命の誕生の問題についてはなぜか避けたがる傾向があります。これは、宗教観の違いだけなのか、そこら辺は難しいですけれども、この問題を、一方では個人的意義の問題として考える必要があるということを思いながらも、他方では、社会的意義というのも重要ではないかと考えてきたわけです。

個人的意義は、最近では、単なるリプロダクティブ・ヘルス/ライツという表現に変わってきています。これが出てきた背景ないし宣言の背景は、1994年のカイロでのいわゆる「人口と開発に関する国際会議」に遡ります。これについては、いろいろなところで言われてきておりますけれども、ただ単に自己決定を言っているわけではなくて、いつ、いかなる条件のときに何人まで女性が子どもを産み育てるかという出産環境について言っているわけです。単純に生物学的に産むか産まないかというのではなくて、女性に出産環境を整えてあげないとだめだ、ということを行っているのです。

人によっては、家族形成権ということを強調する人もいます。これももちろん大事ですが、家族の形態が多様ですから、こればかりを強調するのは難しいかと思えます。むしろ社会的意義というものを見直す必要があるだろうと思えます。これもしかして、問題があります。どうしてかということ、古くは家制度というのが日本の柱でした。少なくとも明治憲法下、旧民法下ではそうでした。そのなかで、社会的意義というものが人口政策に使われたりすることもありました。例えば、軍事優先の時代であれば、軍人を増やすように「産めよ、増やせよ」という政策がとられました。そこまでいくと、いくら何でもよろしくないだろうと思うわけです。

そこで、今日、社会的意義とは何だろうかということをもう1回見直す必要があります。国家の政策との関係は、もちろんまったくないわけではないけれども、むしろ、社会において命を育むというのはどういうことか、という問題です。これは、今ちょうど少子化の問題が浮上していますので、考える良いチャンスだと思っています。

(3) 優生思想

それから、思想的な問題としては、いわゆる優生思想の問題があります。優生思想は、後でも出ますが、歴史的に濫用されたという経緯があります。この経験があるものから、できたらこの問題に触りたくないという傾向があります。しかし、これは避けて

通れない問題です。

優生思想の中にも、厳密には積極的優生思想と消極的優生思想というものがあります。積極的優生思想は、良い遺伝形質を積極的に増やそうという政策を目指す思想です。これに対して、消極的優生思想は、悪い遺伝形質を抑えようという政策を目指す思想です。このような考えは、かつて使われて濫用された経緯がありますが、何らかの形で今でもふとした契機で出てくるわけです。このような濫用は、何とか法的にも防止しなければならないだろうと思います。ただ、今日は、そういう積極的優生学とか消極的優生学、あるいはこうした優生思想といったものを正面に出すのではなくて、女性の「自己決定」という方向にこの問題がシフトされていっています。

「自分のことは自分で決めましょう」というのが、実は新たな優生思想と言われていく「内なる優生思想」というのを生み出してきたということは、何人かの方が指摘されているところでもあります。「自分のことは自分で決める」という自己決定では、責任は本人に転嫁されますから、気が付いたら、「私もあなたも、みんな、こんな子どもは望んでいないよね」なんていうことを言われると、逆に「産んだらまずいんじゃないか」と考え、こんな偏見にとらわれるという、ややこしい時代になってきているわけです。遺伝子検査も、今はかなり簡潔になされるようになってきましたから、いよいよこの技術の普及というのはいろいろな弊害をもたらすこともあるわけです。それらをうまく適正にルール化していくことが大事ではないかというのが、今日の話の1つの柱です。

II 墮胎罪・中絶問題の変遷

(1) 墮胎罪の歴史

つぎに、簡潔に墮胎の話を整理してみます。もともと日本は、墮胎については消極的な国でした。この問題が起きるようになったのは、調べたところでは、江戸時代以降です。それ以前は、もともと無事に産むということ自体が大変な時代でもあったということもあります。

江戸時代になると、特に元禄以降、社会的な平穏がある程度保たれるようになってきますと、状況が変わってきます。身分制が強い時代では、貧困の差、特に貧しい農村等では子どもが生まれ過ぎては困るという事情がありました。しかし、そういう場合でも、墮胎というのは技術的に大変ですから、せいぜいやるとしたら間引きです。また、母親が冷たい川に体を沈めて胎児を死なせるということもあったようです。他方、裕福な町民層になりますと、性風俗の頹廢ということもあって、今で言えば不倫がばれないよう

に、ヤミ墮胎師にお金を払ってでも墮胎をするようになりました。武家では、不義密通、特に女性の場合は不義密通がばれると厳罰に処せられますから、ばれないようにやはり墮胎をしたようです。江戸時代には、こういうことが暗にかなり多くやられています。

さて、これが法律でどういう形で展開されたかという、実は明治時代になってからです。それまで日本では、いわゆる墮胎罪というものが明確に認識されていたわけではありません。明治も初期のころは、墮胎罪の規定はなかったのです。これが入ってきたのは、明治13年、1880年の旧刑法典です。ボアソナードというフランスの学者を日本に招いて、日本の民法、刑法の骨格をつくったわけですが、フランス人ですから、当然キリスト教の影響がありました。これは否定できないですね。それで、墮胎罪が登場したわけです。この中の330条から335条までが墮胎罪の規定で、現行刑法とだいたい同じような規定になっています。

その後、この旧刑法は改正案が幾つか出まして——これは時間の関係で詳細割愛しますが——、現行刑法が、明治40年、1897年に誕生したのです。日本の刑法典ほど変わってない刑法典というのは世界にまれである、と言われていました。こんな現代的な国家でありながら、刑法典の大改正がないというのは日本くらいです。自慢してよいのかどうなのか、これは難しいですね。

明治40年の現行刑法典は、212条の自己墮胎罪以下、同意墮胎罪、同致傷罪、業務上墮胎罪、同致傷罪、不同意墮胎罪、それから不同意墮胎致死傷、こういった罪が5カ条にわたって規定されております。ところが、あまりこの規定は使われてきませんでした。今も墮胎罪では、めったに処罰されないですね。

(2) 優生思想の展開過程——国民優生法から優生保護法へ

墮胎が単に刑法だけの問題ではなくて、もっと広い社会的問題として理解されるようになったのは、大正時代です。大正デモクラシーとよく言われますけれども、大正デモクラシーは、ある意味では二律背反的などころがあります。ここに1例を挙げますと、大正5年、1916年に永井潜という人が『生物学と哲学との境』という本を書いています。これはまさに優生思想を日本で展開した初めての本だと言われていています。要するに、人間の体が一個一個の細胞が元気であれば健康体になるのと同じように、国家も一人一人の人間が健康であれば国民全体が活力を有する、国家全体が活力を有するという発想です。このころから、いわゆる「社会有機体論的国家主義」が説かれるようになりました。

ちょうどこれが、時代の流れと呼応します。日清戦争と日露戦争を経て日本が少し近

代国家として自信を持ち始め、富国強兵や殖産興業、いろいろな面をとってはいわゆる成長期です。問題意識のないまま、「社会有機体論的国家主義」が受け入れられやすい素地があつて、優生運動というのが大正末に始まったわけです。日本民族衛生学会などというのが、1930年、昭和5年にできています。

このころになると、実はヨーロッパの方でも動きがあるわけです。一番大きな動きは、1933年ナチスの政権誕生です。優生思想は、別にヒトラーが生み出したわけではありません。これは、もっと前のダーウィンの『種の起源』あたりから、北欧とかイギリスでいろいろな形で優生学がつくられていくわけです。当初ドイツは、ヨーロッパでは後追いだったわけです。ところが、ヒトラーが政権をとるとこれを濫用しました。

1933年に遺伝病子孫の出生阻止に関わる法律、いわゆる断種法というのをつくった。これは、強制断種であります。その目的は何かというと、ゲルマン民族の優秀さをいかに残すかということです。その対極にあるのが、ユダヤ人だったわけです。相当な人が被害に遭っています。強制不妊手術の対象者は、最初は精神疾患を持っている人もしくは遺伝性疾患を有する人でしたが、これをだんだん拡大していくわけです。しかも、これを実は裁判所が認定して許容していたのです。遺伝性疾患云々というところからだんだんと社会的に適応できない人々にまで広げていくことになります。その基準は、社会に役立つかどうかでありまして、端的に言うと、ヒトラーの目指す社会に貢献できない人は要らないという政策であります。最終的にはユダヤ人というだけで強制不妊手術されたということもあったようです。そういう苦い歴史があるわけです。

そういう動きが日本にも影響を及ぼしました。当時議論が分かれておりまして、刑法学で言えば、いわば新派に当たる木村龜二先生は、犯罪の予防ということを強調されるわけですが、ことこの問題に関してはリベラルで、強制には反対し、任意でやるべきだという考えでした。これに対して、当時東京大学におられた小野清一郎先生は、ナチスと同じように強制不妊すべきであるという考えを展開されました。さらに、不妊手術に全面的に反対する第三の考えもありました。三つ巴の争いで、当時議論は白熱したようです。

そして昭和15年、1940年に国民優生法という法律ができました。この法律は、実はナチスとは違って任意の断種法でありました。なぜ強制にならなかったかというところが、調べてみると面白いですね。家制度と天皇制というのがクッションになったという説があります。「みんな等しく天皇の子であり、障害持っているとかそんなことは関係ない、みんなで面倒見よう」という考えが当時機能したと言われております。そうは言

うものの、戦争がだんだん激しくなりますと、「産めよ、増やせよ」という政策に使われたことは、ご承知のことかと思えます。

それでは、戦後はどうなったかという、日本国憲法が 1946 年、昭和 21 年に制定されまして、国民主権とか、基本的人権の尊重とか、男女平等とか、その他いわゆる基本的人権の尊重がこの中に盛り込まれたわけですがけれども、疑問なのは、その中でこの優生保護法が誕生したということです。家制度は解体されたはずでした。個人の自由とか男女平等が優先されるはずでしたけれども、実態はそうではなかったのです。

昭和 23 年、1948 年に優生保護法がどうしてできたかという、戦後の人口爆発という事態にいかに対処するか、という事情がありました。とにかく戦争の反動で過剰な出産が続き、何とかこれを抑えないと、とんでもないことになるということでした。それだけでなくヤミ堕胎師というのがこのころ横行しておりましたから、超党派で国会議員の谷口弥三郎を中心にこの法律をつくった次第です。

この優生保護法は、堕胎が許される許容要件を規定していますが、第 1 条の目的からして非常に優生思想色が強いものでした。不良な子孫の出生を防止するために云々というのが堂々と第 1 条に書かれていました。それ以外の項目も、遺伝性疾患、精神疾患、その他疾患名がざっと挙げられています。らい疾患もそうです。そういう疾患があった場合には不妊手術をしてもよい、と書いていました。そういう法律がこの憲法の中で誕生したこと、それにもかかわらず議論がほとんどなかったこと、これは、調べてみて異様な気がします。

それどころか、昭和 24 年には中絶許容項目の中に、今の第 14 条ですがけれども、経済的理由というのが追加されました。さらに、チェックすべきはずの審査委員会も、当初は地区優生保護審査会と言われていましたけれども、その後は認定された医師が個人で認定するようになりました。その結果、中絶件数が飛躍的に増加しました。一番多かったのは昭和 30 年代、1950 年代半ばから 1960 年代です。一番多いときで公式な数値で残っているのが 300 万件ぐらいです。もちろん、その後、変動がありますが、それでも今日に至るまで年間 30 万件の中絶件数があります。ただし、これは表に出ている数字です。暗数を含めると、実数はもっと多いだろうと言われていています。これだけの数が、合法的な妊娠中絶という名目で実践されている国は、先進国ではそうないわけです。しかも、驚くべきことに、戦後に、強制不妊手術がかなり行われたとの報告もあります。

(3) 優生保護法から母胎保護法への改正

この法律は、平成8年、1996年に優生保護法から母体保護法へと変わりましたが、
ども、当時も議論は結局ないままでした。むしろ、らい予防法廃止とセットとなって、
この母体保護法改正が突然国会に出されて決まったということです。どこが一番変わっ
たかという、表向き表現上は「不良な子孫の出生を防止する」といった優生思想をう
かがわせる表現を削除しました。それはよかったですけれども、完全になくなったか
というところではなくて、ほかのところはそのままですから、全体としてはまだまだ不
十分な内容があります。これは後からまたお話しします。

Ⅲ 墮胎（妊娠中絶）問題の理論的問題

(1) 妊娠中絶の許容モデル

さて、墮胎・妊娠中絶の問題を理論的に考えてみましょう。刑法との関係で言えば、
保護法益、つまり、法的に何を守るかですが、当然、胎児の生命、それから母体の健康
であり、これには異論がないでしょう。しかし、それを前提としても、どういう場合に
中絶が許されるか。ここに焦点を当てて考えますと、世界的にはいろいろなモデルがあ
ります。中絶許容モデルの1つは適応事由モデルで、これも厳密には4つに分かれます。

1番目は、医学的適応モデルと言われております。つまり、母体の生命および健康に
支障をきたす場合、これを第一義的に配慮して中絶を認める考えです。これは理解でき
ます。多くの国で、これは認められています。

2番目は、倫理的適応モデルです。例えば、強姦とか意思に反して妊娠させられた望
まれない妊娠の場合に中絶を認めるモデルです。これも認めている国が多いですけれど
も、宗教によってはそれでもだめだということもあります。

3番目は、胎児適応モデルです。胎児に障害があることを理由に中絶を認めるという
考えです。これを正面から認めている国はあまりないです。先進国ではイギリスぐらい
です。日本では、胎児適応については、法規定に盛り込んではいないという考えが可
なり強いです。ただし、表には出てないけれども、背景としては同じ事情で名目的に、
日本では特に、すぐ後で述べる経済的理由があるものですから、そちらに入れかえて実
質的に胎児適応しているという現実があります。

4番目は、社会的適応モデルです。これは、日本にしかないと言われている経済的理
由を含みます。母体保護法の14条1項の条文をよく読んでみると、母体の健康と並ん
で同じ項目にこの経済的理由があるわけです。刑法では、違法性阻却事由というものが

ありますが、母体保護法は、刑法 35 条における「法令による行為」という違法性阻却事由となります。しかし、その法令があるからというだけで自動的に違法性阻却されるのか、という理論的課題があります。母体の健康と経済的理由は同じレベルで考えてよいのか、厳密に考えると、実は問題があるわけです。経済的理由の射程範囲も、実は大きな問題があります。これは先ほど述べたとおり、立法経緯からして、昭和 23 年の経済的困窮の中でできた当時だと理解できます。ところが、今でも経済格差とかいろいろありますから使える場合もありますけれども、今は、それを一般化するほど強いものかということを考えますと、この条文の構造というのは今でもなお課題が残っていると思います。後で述べますとおり、経済的な支援をすれば、この規定は要らないのっではないか、ということにもなるはずです。

それから、もう 1 つの大きなモデルは、期限モデルです。これは、アメリカで使われているモデルです。これは、1973 年の連邦最高裁の **Roe v. Wade** 事件判決でとられた論理です。妊娠丸 9 カ月を前期 3 カ月、中期 3 カ月、後期 3 カ月に分けて、妊娠初期 3 カ月は女性が産むか産まないかを自由に決める、中期 3 カ月は条件付きで中絶を認める、後期 3 カ月は基本的に認めない、という論理です。理由のいかんを問わず期限で区切るとするのは、いかにもアメリカらしいですね。

アメリカは、ご承知のとおり、もうすぐ大統領選挙がありますが、その選挙のときに争点になるのは中絶の問題です。共和党は伝統的にプロライフ(**pro life**)、民主党はプロチョイス(**pro choice**)ということで、裁判官の構成によっては中絶問題の判決は異なると言われています。ただし、政権が変わっても、ぎりぎりでは何とかこの **Roe v. Wade** 事件の路線は維持されています。その後、1987 年の **Webster** 事件とか、1992 年の **Casey** 事件とかで争われましたが、やはり枠組みは現在まで維持されています。

ドイツはどうかというと、これも興味深い動きをしています。1975 年に刑法改正がありました。そのときに、アメリカと同じように、妊娠 12 週未満の堕胎は無条件で不可罰にするという規定が盛り込まれました。ところが、ドイツには連邦憲法裁判所というのがありまして、日本みたいに具体的事件がなければ裁判を起こせないというわけではなく、ある法律ができたならそれについて直接的に憲法違反を問えます。連邦憲法裁判所が出された判決は、それを憲法違反としました。理由はというと、ドイツの憲法は生命の平等性を謳っていますので、胎児であれ、生きて生まれた人であれ、命は同じであり、それを 12 週という線で自動的に区切って別扱いするというのは憲法違反だということです。ドイツ人らしいですね。

それから、1993年にもう1個事件が起きました。ご承知のとおり、東西ドイツが西ドイツに吸収されるという形で統一されました。今のほとんどの法体制は、旧西ドイツの体制です。ただし、旧東ドイツが抵抗した唯一の規定が刑法 218 条をめぐる墮胎罪で、旧東ドイツは 12 週未満の墮胎は自由であるという規定があったのです。これは、女性の労働力の確保ということもあったようです。そこで、この規定だけは残してくれるよう訴えた結果、西ドイツも了承しまして、統一刑法典の中でこれが盛り込まれたわけです。再び憲法訴訟になりまして、またまた憲法違反とされました。それで、現行刑法典は、条件を付けまして、必ず医師の相談を受け、医学的なチェックを受けたうえで、中絶がやむをえない場合にはこれは処罰しないという規定になっております。

(2) 妊婦・家族への支援

ただし、それだけではないのです。ドイツが工夫したのは、むしろその先です。妊婦と家族援助法という法律をつくったわけです。これは 1995 年です。つまり、困窮状態で生まれた場合、育てるのが大変ですので、女性が安心して産み育てるために、そういう家族に財政支援をするという法律をつくったわけです。これは良い法律ですね。ドイツにはしばしば行きますけれども、見ていると、子どもを乳母車に乗せている女性とか妊婦の人が生き生きしている印象を受けます。もちろん、日本の女性が生き生きしてないというわけではないですよ（笑）。ドイツでは、周りの援助があるな、という雰囲気が漂っているという気がしましたね。結論としては、日本でもこのような法律つくらないとだめではないかと考えています。少子化云々でせせこましい「ばらまき政策」をいくらやってもだめで、こういう根本的対策にこそ財政をつぎ込むべきではないかと私は思います。そうすれば、中絶しなくてもよい命が相当助かると考えます。

フランスやオランダも、それぞれの工夫が見られます。オランダには何回も行っておりますけれども、オランダでは年間中絶件数が約 2 万件で、日本の約 15 分の 1 です。他方で、オランダは安楽死が盛んです。これは、オランダ特有の背景があります。親しいオランダ人の学者に言わせると、「日本人は『オランダは安楽死を法律で認めてけしからん』と言うけれど、日本の中絶件数と比べてどちらが命を大切にしているんだ」と、こんな皮肉を言われまして、説明に窮することがあります。宗教の違いという背景もありましょうが、宗教を超えた何かがあるのかもしれない。あとは、衝動的な中絶の決定をしないようにカウンセリングを十分やるとか、待機期間を十分確保する工夫もしています。中絶をする医師の資格も、初期の段階の妊娠中絶と後期妊娠中絶では、医者

資格が違います。このように、オランダでも工夫があれこれ見られます。

それらを比較してみると、何が良いかという判断は、非常に難しいです。人によっては、日本のモデルの良いところもある、と言う学者もおります。しかし、女性の出産環境の支援という観点からいくと、やはり不十分であると私は思います。

そのためには、インフォームド・コンセントにしても、遺伝子検査に始まり、出生前診断とかいろいろな技術があるわけで、機械的に説明して「イエスカノーカ」という結論を迫るだけの問題ではないわけです。女性の場合には、妊娠してから逆戻りできないという事情がありますので、本当なら、それ以前の段階からいろいろとカウンセリングはあった方がよいと思います。ところが、日本では、それも弱いですね。ましてや遺伝子検査というのは、特にこの点が重要です。

それから、連絡体制、例えば、自宅で出産したいという在宅出産の希望者が増えていきますけれども、助産師がこの業務をやれますが、何かあったときに医師にどうやって連絡するかという体制とかネットワーク、これらもまだ弱いような気がします。課題はあれこれ出てくるわけであります。

中絶件数は、絶滅は不可能なことですけれども、出産の援助をすれば、特に経済支援その他の人的支援をすれば、一定程度は減ると思います。刑罰でいくら強制しても中絶件数は減らないでしょう。墮胎罪で刑法が適用された例は、非常にまれです。もちろん、墮胎罪規定が不要というわけではないですけれども、刑法では限界があるということです。



IV 生殖医療

さて、以上のような妊娠中絶ないし墮胎の問題を頭に入れて、生殖医療の問題を考えていけないといけないと思います。初期胚の保護の問題とか家族の問題、倫理の問題、いろいろな問題がここにまた出てきます。

(1) 人工授精

生殖医療技術は、すごい勢いで進歩しています。もともと不妊克服というのは、19世紀半ばくらいから動物で始まり、人への応用は19世紀末から始まりました。最初は男性不妊（造精機能障害、精子死滅症等）の克服でした。男性不妊の克服のためにどうするか。夫の生殖能力が弱い場合の夫婦間人工授精 AIH に始まり、さらに夫の生殖能力がない場合は第三者から精子をもらう AID というふうに進んできたわけです。

ところが、これについて、日本では明確なルールがあったわけではないのです。ご承知のとおり、慶應義塾大学病院の飯塚理八先生の研究室で長年 AID をやってきました。飯塚先生はもう亡くなられましたけれども、私も、シンポジウムでご一緒したことがあります。慶應義塾大学医学部の学生が提供者になっていたということは公言されています。ただし、産んだ女性にはその提供者の名前を伝えておりませんでした。匿名性でした。

その後、日本産科婦人科学会で、1997年に、AID についてのルールが決まりました。実は私は、そのときに産科婦人科学会の倫理委員会に呼ばれて意見を述べました。私はもう少し厳格に回数制限をすべきだと主張しましたが、日本では都道府県で医師会が分かれていますからチェックが難しいということで、結局、提供年数を限定することになりました。確かに、今日は東京、明日は沖縄、明後日は北海道と飛び歩いて提供している人が出てきた場合にチェックのしようがないということになりそうです。しかし、私は、今でもやはり記録を残すべきであり、残したうえで匿名化するという方法がよいだろうと思っています。その子が16歳くらいになったときに、自分の「出自を知る権利」を行使して、記録が残っていれば遺伝学的にこの人が自分の父親だというのが分かるということは保障すべきではないか、と私は考えています。

(2) 体外受精

その後、1978年にイギリスでルイズ・ブラウンという赤ちゃんが生まれて、体外受精が始まりました。当時は「試験管ベビー」と言われていました。ちょうど私が研究を始めたころで、この技術を何も知らない人は、「試験管のガラスの中に赤ちゃんが誕生してどうやってガラスから出すんだろう」という程度の話でした。しかし、今や何十万人という出生数になり、世界に普及してきたわけです。その後は、夫婦間を越えて、代理出産が始まりました。誰かが代わって赤ちゃんを産んであげるというわけです。

体外受精にせよ、代理出産というのは女性不妊の克服にウエートが置かれるわけです。ある意味で、この技術は恩恵をもたらしました。社会的プレッシャー、家庭内でのプレッシャー、今でも女性にはプレッシャーがあるわけですが、不妊症の女性が子どもをもつ道が開けたということで喜ばれた面もありました。しかし、ご承知のとおり、その成功率は今でも低いわけで、1割5分から2割いくかいかないかです。その療法に向けて、日常のホルモン療法とか、涙ぐましい努力があってもそのくらいの割合という事実は、意外と知られないようです。不妊治療を始めたのはよいけれども、それに伴う精神的な負担は相当なものがある、と言われております。そこら辺も、実状を知らないまま不妊治療に取り組む女性もいるわけです。「こんな技術があるからやってみなさいよ」と周りから言われてやっている人も多いようです。「やればうまくいく」と、バラ色のように言われてやってみましたが、そうではない結果になることも多いわけです。

先ほどの妊娠中絶の問題もそうですが、生殖の問題というのは、「女性の尊厳」を根底に据えないと、全体が見えてこない問題だと思います。出産を道具化するということになると、「女性の尊厳」、ひいては「人間の尊厳」と抵触する場合があります。その線引きをどこで考えるか、こういう問題になってくるだろうと思います。

(3) 胚を用いた研究

もちろん、生殖医療技術というのは、研究も必要です。研究だと無条件にやれそうですけれども、研究にもやはり一定の限界があります。この限界というのは、例えば、胚を用いた研究です。不妊の原因がさらにつかめるかもしれないし、それ以外の治療に応用できるかもしれないし、最近言われている再生医療という問題の応用にきくかもしれません。ですから、研究となりますと、ある程度尊重しなければいけませんけれども、無制限ではないわけです。その線引きをどこでやるか、これもまた大きな問題です。

そこで、いろいろな国の規制の動向を簡潔に整理しておきたいと思います。イギリスでは、ご承知のとおり、1990年に「ヒトの受精および胚研究に関する法律」(HFEA 1990)

があります。ドイツでは胚保護法(Embryonenschutzgesetz 1990)があります。オーストラリアやフランスもそうです。フランスは、生命倫理法という法律をつくり、大改正をやりました。このように、1990年代に先進国のいくつかで法整備がなされました。それぞれの国で、どこまでこういう生殖医療技術を使ってよいかという基本的な枠組みを法律でつくりました。

(4) 代理出産

他方、アメリカは、州によって違いますけれども、基本的にアメリカは訴訟に任せるということです。例えば、代理出産ですと、ベビーM事件があったのはご承知ですよね。代理出産も、基本的にはホストマザーとサロゲートマザーという2種類があります。体外受精卵をつくってそれを第三者に産んでもらうというホストマザーのスタイルと、卵子までもらって受精卵をつくりそれを提供者または第三者に産んでもらうというサロゲートマザーのスタイルです。ベビーM事件は、サロゲートマザーのケースでした。本件では、産んだ後、自分たち夫婦に返してくださいという契約書までつくったわけですが、いざ産んだ後、その女性は、「その子が見たいので1週間貸してください」、と言って、1週間借りていたら情がわいて、「私が産んだのだから私が母親だ、返したくない」、と主張し、裁判になりました。依頼者の方は、「契約書があるでしょう。だから私が母親です」と主張しました。さすがにこういう契約書は無効だとして、裁判所は契約書の有効性は認めませんでした。裁判所は、「母親は産んだ人だ」ということを認めたのですが、「育てる母親は別だ」と、両方に軍配を上げて、何とかバランスをとったわけです。そんな珍奇な現象が生まれてきたわけです。

そこで、法整備が進んだ国では、少なくとも体外受精の場合、誰が母親かということを経済できちんと書いている国があります。知っているかぎりでは、産んだ人、分娩した人が母親だとしている国がスウェーデンを始め多いです。特に規定していない国もあります。日本では、この問題について法規定はありません。そのため、後から述べるように、裁判が起きるわけです。

(5) 出生前診断

それ以外にも、具体的問題が次々と起きてきました。例えば、出生前診断が普及してきています。これも、技術的に、古い時代は羊水穿刺でしたが、絨毛検査に移り、やがて超音波診断、そしていわゆるトリプルマーカーテストが登場しました。トリプルマ-

カーテストは、確率論で正確でないとされていて今あまり行われていません。今はむしろ遺伝子診断、しかも、これは単なる遺伝子診断ではなくて、超音波診断とセットになっています。

最新の技術を見たことがありますけれども、すごいです。画像診断ですけれども、性別だけではなく、相当詳細な内容が分かります。遺伝性疾患があった場合でも、これが画像に映って、疾患名も分かるようになっています。もちろん、100%正確とは言えないですけれども、驚くべき診断技術と言えましょう。これが目の前にありますと、女性は、赤ちゃんの性別はどちらかということを知りたいでしょうし、それ以外に、先ほど言いましたとおり、本当に疾患がないだろうかと不安になり、それを知りたいでしょう。そうでなくても精神的には不安がありますから。今の話は、胎児になってからのことですが、そのもっと前の段階、着床前診断の問題もあります。もっと早く、何でも早く分かるようにと駆り立てられます。早く分かり過ぎることが本当に幸せか、これは判断が難しいですね。

分かり過ぎる情報、特に遺伝情報となりますと、先ほど言いました優生問題などが出てくるわけです。こんな遺伝性疾患があるんだったら早い段階で中絶しようという人も出てくるでしょう。ところが、日本では、正面から胎児障害を理由とした中絶を認めていませんから、結局、産んだら育てるのが大変だという意味での「経済的な理由」に置き換えて中絶を行っているわけです。

しかし、その遺伝の中身をどこで勉強しているかということ、意外と勉強していないのが現実です。法学部やロースクールでも法律を教えています、学生に聞いてみると、遺伝の勉強は、せいぜい一般的には高校時代にやったメンデルの法則ぐらいです(笑)。本当に今まで遺伝の問題をどこで学んでいるのか、心配です。司法研修所ではどうですか、やっていますかね……(「教えてない」の声あり)。アメリカのロースクールでは、遺伝の勉強は必修です。アメリカでは民族差別、人種差別があるものですから、ロースクールではこれ学んでいなければだめだということになります。日本では、法律家でさえ学ぶ場がないのが現状です。本当に遺憾ですね。

遺伝性疾患だって山ほどあるわけでしょう。単一遺伝子疾患、つまりハンチントン病とか今のところ治療法がないと言われている疾患、さらに多因子によって発症する疾患等です。多因子疾患は、食生活とかその他いろいろなものと複合して、——もちろん発症リスクは平均的なものはありますけれども——抑えることもできるわけです。ダウン症の赤ちゃんについても、相当誤解があるわけです。ダウン症患者を専門に担当してい

る先生を知っていますけれども、正確な情報を教えられると、多くの妊産婦の人は「産んでよかった」と言うとのこと。ところが、正確な情報を知らない、「とんでもない出産をした」と自分も罪の意識を持ち、子どもに対してもそういう意識を持つということです。どこかで情報提供をしっかりとっておけば、悲劇は起こらないということが言われているわけです。今から遺伝子検査がもっともっと普及するはず。そうであるがゆえに、その情報提供を、むしろ教育体制の中に取り込まなければだめだ、と私は思っています。

(6) 人工授精

それから人工授精のルールについて述べたいと思います。AID については先ほど少し述べましたが、日本産科婦人科学会は、条件付きでルールの中で認めております。しかし、AIH にしても、死後の人工授精を予定していませんでした。ドイツでは、死後の人工授精、つまり、夫の死後にその精子を使うと胚保護法違反で犯罪となります。ドイツらしいですね。

日本では、そんな規定はありません。しかし、ある事件で裁判になりました。これは愛媛県で起きました。夫が病死して、その遺言の中で、「自分が死んだ後、残した凍結精子で妊娠し、出産してくれ、子どもを残してくれ」と書いていました。妻は、これを実践したわけです。これは、嫡出性を求めた民事事件ですから、結局、この子が嫡出子かどうか、つまり実際に父親の子どもかどうか争われたわけです。裁判所も揺れ動きました。第1審の松山地裁は、自然的な受精・懐胎とかけ離れているという理由で死後の人工授精により誕生した子の嫡出性は認められない、と判示しました（松山地判平成15年11月12日判例時報1840号85頁）。第2審の高松高裁は、逆転して、自然血縁的な親子関係が存在し、事実上の父による当該解体について同意があったという理由で、請求を認めました（高松高判平成16年7月16日判例時報1868号69頁）。ところが、最高裁判所は、「父は懐胎前に死亡しているため、親権に関しては父が死後懐胎子の親権者になり得る余地はなく」、「死後懐胎子と死亡した父との関係は、法制が定める法律上の親子関係における基本的な法律関係が生ずる余地のないものである」と述べて請求を棄却しました。要するに、通常の夫婦、つまり生存している夫婦というものを想定してでき上がったのが民法だという建前論が正面に据えられました。これは、現行法ではやむをえない判断かもしれません。もっとも、裁判官の中には、速やかな法整備の必要性を説く意見を述べた人もいました。

そこで、仮に例外を設けるとすればどういう場合か、という点を考えると、海外では、例えば、軍隊に入っていて戦場に赴くといった場合には例外としている国もあるようです。また、不治の病に罹患したような場合、きわめて例外的に認める国もあるようです。ですから、日本でも何かそういう例外規定を設ける余地はあるかもしれません。これについては一時期法制審議会で検討したようですが、いろいろと批判にあったようで、頓挫しています。

(7) 卵子提供

つぎに、卵子提供です。女性が卵子を提供することは、日本では表立っては認められていませんが、長野県の根津八紘医師による事例もあり、また、日本の女性がアメリカに行き提供するという例が結構あるようです。アメリカの卵子バンクでは、卵子に値段が付いています。アメリカの精子バンクでは、精子に値段が付いているのはご存じだと思います。普通の人の精子は何十ドルですが、ところがオリンピック選手だとか、ノーベル賞受賞者となりますと、100万円以上とかいった相場があるようです。中には、インターネットで自分の精子をPRして、購入を求めることも多いようです。他方、卵子は数が少ないですから、重宝がられます。精子に比べて値段が高いです。アメリカに留学中の日本の女子学生がアルバイトかたがた提供するという例は、しばしば報告されています。暗黙のうちにビジネス化というのが進んでいるわけです。

しかし、誰が責任を持って実施しているかという点、この実態調査はあまり正確になされていないようです。医療機関がやれば、ある程度責任を持ってやるでしょうけれども、そうでない業者、ブローカーが介在した場合、どのような条件で精子や卵子を保存して本当に間違いなく提供しているか、定かではありません。アメリカでも、提供ミスがあるようです。「こんな子どもが欲しかったのに、実は産んでみたら肌の色が違っていた」という例もあったようです。特にアメリカですから、人種問題があります。髪の色や肌の色が違っていると、裁判で損害賠償を請求するようですが、その子にとっては迷惑な話ですね。チェックが効かないと、そういう問題が起きるといえることでもあります。

シングルマザーが精子バンクを利用するというケースも増えています。あるいは結婚はしても、「どうせ1人産むなら夫の子は産みたくない、もっと優秀な子を産みたい」という願望で利用されているケースもあるようです。こういう複雑な状況では、家族関係も歪んでしまうということも知っていただきたいと思います。すべてがバラ色ではないのです。

(8) 代理出産

代理出産の問題では、向井亜紀さんのケースを皆さんご承知のことと思います。これは、自分たち夫婦の遺伝子を持った受精卵を用いてアメリカ・ネバダ州の女性に子どもを産んでもらったという事例です。向井さんは卵巣がん等々で自ら産めないという事情があったのですけれども、生まれた子を日本の品川区役所に自分たちの子どもとして届けようとした。ところが、区役所から受理を拒否されました。そこで、この夫婦がその決定を不服として東京高裁で争ったところ、東京高裁は、人為的な操作による懐胎または出生のすべてがわが国の法秩序のなかに受け入れられないとする理由はないとして、逆転でこの夫婦の主張を認める決定を下しました（東京高決平成 18 年 9 月 29 日民集 61 卷 2 号 671 頁）。ところが、品川区役所が最高裁まで争ったところ、最高裁は、高裁の決定を破棄し、外国裁判所の裁判がわが国でも有効となるのは、わが国の法秩序の基本原則（特に公序良俗）ないし基本理念と抵触しない場合であるとして、親子関係は身分関係の中でも最も基本的なものであり、子の福祉にも重大な影響を及ぼすため、明確でなければならず、民法が実親子関係を認めていない者の間には、その成立は認められない、という決定を下した（最決平成 19 年 3 月 23 日民集 61 卷 2 号 619 頁）。

この最高裁決定の直前に、私は、日本テレビの「デイリープラネット～金曜発言中～」という番組の特集「認める？ 認めない？ 代理出産～必要な法整備とは～」(2007 年 2 月 16 日)に生放送で出たことがあります。私のほか、根津八紘医師（諏訪マタニティークリニック院長）——根津八紘医師は、卵子提供も代理出産も、さらに多胎減数術も日本で初めて実施した人です——、哲学者の加藤尚武博士（京都大学名誉教授、鳥取環境大学名誉学長）、そして日本赤十字医療センター病院の杉本充弘医師（当時：産科部長）の 4 人で代理出産をめぐり、生討論を 1 時間にわたりコマーシャル抜きでやりました。日本テレビのCS放送でしたから、あまり皆さん見てないと思いますけれども、面白かったです。のどかわきましたけれども、とにかく本音で議論しました。その中でも向井さんのケースを取り上げました。ちょうど最高裁の決定が出る直前でした。ネバダ州というのは、実は日本円で代理出産の報酬が 400 万円くらいかかります。したがって、日本で言えばお金を払って産んでもらうということになるわけですが、それが日本法に照らして妥当かが問題となりました。ただし、厳密には日本では禁止規定もないですから、いかなる根拠で区役所が実子届を受理できないかということも問題

となりました。最高裁は、「公序良俗」を持ち出しましたがけれども、これもやや大ざっぱな議論で、産んだ人が母親だというのが日本法の一般的な理解であるという前提です。ただ、最高裁の判例が出ましたから、当分この線で動くでしょう。

本来ならば、子どもにとっては、少なくとも「誰が母親か」ということは決めてあげないといけない、と私は思います。父親は、もともとやや不確定な部分もあります。現行民法が嫡出子推定規定を置いているのも、それを示しています。ですから、親子関係不存在の訴えを当の父親が起こして、「こんな時期に生まれるはずがない」ということを立証すれば、嫡出性は否定できます。しかし、母親は間違いなく分娩していますから、その事実から母親であることが分かるわけです。ところが、この代理出産で、その前提がややこしくなっています。特に根津八紘医師が扱ったケースでは、ご承知のとおり、自分の娘が産めないものだから60歳近い母親が代わりに産んであげたというものです。そうすると、子どもにとっては、「おばあさんが産みの母親」だということになります。しかし、現実には、目の前にいる人が「育ての母親」だということになります。ややこしいですね。姉妹であっても同じです。そういう事情をずっとその子が引きずっていくというのは、いったい子どもにどのような心理的な影響を及ぼすのでしょうか。根津先生にそこを聞きました。「根津先生はいろいろなことを率先して実施してこられました。ちゃんとフォローされるんでしょうね。その子が20歳くらいになって、きちんと成長したら責任を持ってチェックしてください」と。そうしたら、「うーん、それは先が長い話ですからね」と根津先生は言っていました。けれども、例えば、オーストラリアでは、今そのフォローが始まっています。

どうしてかこういうことを言ったかということ、こうした技術で誕生した人が17～18歳になってアイデンティティーを持たない人が結構いて、自分の親が誰か分からないということは本人に非常に精神的な不安定さをもたらすことが報告されているからです。人工授精の場合もそうです。誰が提供したかという記録をどこかにきちんと保管しておいて、本人が本当に望んだ場合には「出自を知る権利」を認める方がよいと考えます。ただし、無条件に認めるというわけではないのです。そうすると、裁判所が関わらざるをえません。例えば、家庭裁判所に届け出て、厳しい条件を付けて、本人が、自分のアイデンティティー、出自を知りたいと言ったときには認めるという方式が妥当ではないかと思いますが、今後この点について考えておく必要があります。

それから、母親については、分娩した人が母親となるのが一番分かりやすいので妥当でしょう。そうでないと、遺伝学上の母、産みの母、育ての母、3つが分解してしまう

からです。こうした事態は、もっともっと子どもに不安定さをもたらすであります。

(9) 生殖ツーリズム

あとは、生殖ツーリズムと言われている問題があります。アジアの国、日本もアジアの一員ではありますが、インドとか、その他タイといったような東南アジアでこの問題が出ています。これをどこまで規制できるか、この議論はもっとすべきでしょうね。

臓器移植についても同様の問題が出されました。基本的には自分の国で賄うようにということで、法律ではありませんけれども、国際移植学会イスタンブール宣言とかWHOの勧告案では、そういう方向になってきました。ところが、代理出産についてはそういう限定がないわけです。しかし、これはいずれ法律問題になると思います。国境を越える問題です。トランスナショナル(trans-national)の問題と言いますけれども、ある国で厳しくしても、規制が緩い国があればそっちに行って産んだらよいではないかということになります。それがどんどん広がっていきますと、おそらく家族法上の問題もしかり、何かあった場合、法律問題となります。つまり妊婦は、代理出産とはいえ、満9カ月は命を預かって産むわけですから、その間に何かあった場合の賠償や補償は誰がやるとか等、いろいろな問題が出てきます。何よりも「母親は誰か」という問題は、大きいですね。インドへ行って産んでもらった、タイに行って産んでもらったといった場合に、もし厳密に「産んだ人がその母親」という規定を設けた場合、その子は戸籍上外国で生まれたということになります。そういう問題をどうクリアするかという課題が出てきます。これは、早急に詰めなければいけない問題だと思います。

(10) 生殖医療のルールづくり

それでは、生殖医療を規制する法律をどういうふうにつくるべきでしょうか。少なくとも親子関係だけだと民法で対処できます。ですから、民法で基本的な枠組みをつくって、それ以外の法律で統一的に生殖医療に関わる法律をつくるのがよいだろうと思っています。私どもは、すでに1994年にプロジェクトチームをつくってこれを提唱しております。当時インパクトはありましたけれども、最終的に国を動かすまでには至りませんでした。当時厚生省の審議会、その後厚生労働省の審議会で、そういう見解を参考に、「立法化せよ」という報告書が出ました。ところが、20年たちますけれども動かないのが現実です。

産婦人科医の先生方も、医療職者だけではもはや限界だということが分かっています。

「とにかく自分たちだけでは、どうにもならないので、法律をつくってくれ」と言うけれども、国会議員レベルになると、「禁止まで、あるいは規制までするというのはいかがなものか」という意見も多く、賛否両論が分かれるものですが、なかなかまとまらないわけです。しかし、そうも言ってもらえないと私は思いますね。それでは、その場合、どういうモデルがよいか、という点を最後にお話ししたいと思います。

一番厳格なのは、ドイツモデルです。確かに、妊娠中絶関係は、先ほど言ったとおり、ドイツのモデルが良いです。しかし、生殖医療の規制はドイツの胚保護法による規制は強過ぎると思います。全体が刑法ですので、ドイツでは、実は厳し過ぎて、国内でだめなら外国に行ってやればよいではないか、ということになったりして、ある種のジレンマがあります。

結論としては、やや柔軟なイギリスのモデルが良いだろうと私は思っています。認可庁をつくって、そこに全部チェックをさせて、条件が整った場合だけ認めるというルールです。提供した精子とか卵子とか、全部これらを認可庁が管理しています。誰に提供したかも全部分かります。フランスの生命倫理法のように、民法や刑法を大改正するのは、日本ではできないだろうとっております。

(11) 多胎減数術

多胎減数術の問題もあります。これは簡潔に述べたいと思います。これは、先ほどの墮胎の問題の延長線、そして生殖医療の延長線上の問題です。生まれないから生殖医療に頼ったところ、生殖医療で受精卵を1個だけ母体に戻すというのは妊娠率が低いので複数戻すことになります。かつては5個戻すこともやっていました。5個だと丸々妊娠した人は5つ子で大変です。そこで人為的に胎児の数を減らすというわけです。今は、一応3個もしくは2個戻すことになっていますけれども、それでも1胎減らしたいといった場合、本当に許されるのか、という問題が現実存在します。生まれないから無理やり技術を使ってやったのに、今度は多いから減らす、そんな操作やってよいのか、という皮肉な現象を生み出しています。これを堂々と実践したのが、先ほどの根津八紘医師です。根津医師は、「目の前に患者がいるのに逃げることはできない、何とか救いたい」という信念で実践します。根津医師の論理は、すべてこれです。非常にシンプルです。

さて、問題は、この基準です。これはあまり議論されていません。私の著書『生殖医療と刑法』の第8章では詳細に分析しています。関心がある人は、この本を読んでいた

だくと詳細は書いてあります。

第1に、母体保護法が規定する「人工妊娠中絶」に該当するという見解があります。しかし、こういうことを想定して母体保護法をつくっていませんから、母体保護法の定義は、自然の分娩期の前に母体外に排出することが人工妊娠中絶だと書いていますから、この見解を採用することは難しいです。つまり、対象となる胎児を減らすときに、胎児に塩化カリウムを直接打ち込むわけです。その後、胎児が母体の中から消えていくので、この見解には無理があります。

第2に、刑法37条の緊急避難と解する見解です。これは、持ち出しやすいです。ただし、医療現場で緊急避難と言えるのかどうかは判断が非常に難しいです。産もうと思えば産めるけれども数が多い場合、それが緊急状態と言えるか、医師に判断できないように思います。しかも、日本では、刑法上、緊急避難なかなか認められない現実もあります。それを現場の医師に任せるとするのは、いよいよもって難しいことです。

第3に、リプロダクティブ・ライツを根拠にする見解です。これは、産婦人科医の我妻堯先生の見解です。妊婦の決定を最大限尊重するという点で分かりますが、ただ、これだけだと、男女生み分けなどに利用される可能性があるので、これだけでは弱いだろうと思います。

そこで、第4に、私は、第3の見解を修正する説を唱えています。医学的な根拠、その他、産んだ場合の負担とかいろいろな事情を考えて、やむにやまれずこの方法を選んだ場合、例外的に処罰しない、というものです。刑法理論的には、違法性阻却になるのか責任阻却になるのか、これはいろいろ難しいですが、少なくとも犯罪の成立は阻却されてもよいと思います。



V 今後の課題

最後に、今後の課題を述べておきます。日本産科婦人科学会は、着床前診断について特にいろいろと条件付きで研究レベルで認めるスタンスをとっております。今、日本では、特定の疾患と認められるときに倫理委員会に申請して、産科婦人科学会の倫理委員会が承認しないと着床前診断ができないという前提になっています。着床前診断は、この国でも難しい問題です。

その中で、イギリスは結構率先して着床前診断を実施しています。イギリスは、そういう意味では割り切った国です。どうしてかという、重度の障害児が生まれて、その治療をせずに死にゆくにかかせてよいか、という問題があるものですから、そんな問題が起きるくらいだったら着床前診断で事前に対処した方が皆が苦しまなくてもよいと考えているからです。イギリスは、功利主義の国だといいますが、本当にイギリス人らしい考えです。

着床前診断については、ドイツでも最近動きがありました。先ほど、ドイツに一昨日まで行っていたという話をしましたが、ドイツではある事件が起きました。着床前診断は、従来の胚保護法の1条1項2号により、卵細胞が由来する女性に妊娠をもたらすこと以外の目的で卵細胞を人工受精させることは犯罪です。それから、2条1項で、体外で生成されたヒト胚をその意に役立たない目的で利用することを禁止しており、これに違反しても犯罪です。最近、これに関する事件が実際に起きて、PGD、つまり着床前診断を実施した医師がこの罪に問われたわけでありました。しかしながら、これは妊娠させる意図で体外受精を行ったわけです。その一環として着床前診断の検査を実施したということでした。もっぱら妊娠をもたらすことだけに向けられたという背景が本件ではあったようです。したがって、連邦通常裁判所（最高裁）は、2010年7月6日、無罪判決を下しております。

この判決をきっかけにして、胚保護法が初めて改正されました。2011年の7月7日、着床前診断は原則として刑罰で規制するという前提をとりながら、ただ、連邦通常裁判所が下した判決をもとに、一定の要件が満たされた場合には許容するというふうに明文で決めました。遺伝子検査法という法律も、ドイツでは数年前(2009年)にできています。それとセットで運用されることになるかと思えます。着床前診断を実施した場合も、

その記録は匿名化されて中央の機関できちんと管理することになっています。4年ごとにきちんと報告書をつくるという厳しい条件があります。そこまですれば認めるという、非常にドイツらしい厳格なルールであります。それについて、ドイツ連邦医師会も、公式意見を表明しています。

こういう問題は、今後日本でも出てくる可能性があります。それから、遺伝子検査や出生前の胎児診断も、どんどん精密化していますから、これにどう対応するか、課題はたくさんあります。残り 30 分ぐらいございますので、あとは皆様方からいろいろご意見をいただいて私も勉強したいと思います。少し長くなりましたが、これで終わりにいたします。(拍手)

<質疑応答>

質問者 1: 大変興味深い講演どうもありがとうございました。特に憲法学的な観点から、墮胎中絶の問題に関しまして質問があります。新憲法下になってから、個人の自己決定権ですか、憲法 13 条の問題として比較的認められやすくなったといところがあると思います。一方で、子どもの権利というのは、刑罰的には一部が母体から露出しなければ人と認められないし、民法では、胎児が母体から全部露出しなければ人としての権利が発生しないということになっています。おなかの中にいる間は訴訟を誰かに代理してやってもらうということになる。例えば、子どもが先天的障害を抱えている可能性があるというときに、憲法 14 条の平等原則の違反の問題というのもひょっとしたら潜在的に存在しているんじゃないかと思ったのですが、日本の場合は、必ず事件が起きて裁判所法 3 条の争訟性というものが認められないと憲法判断できない、と。一方で、ドイツの場合は抽象的審査制というのを認めていますね。そういう意味でいったら、子どもの方の問題として考えて、例えば、平等原則の問題として考えたときに、抽象的審査制をとっているドイツにおいては子どもの保護もしやすいけれども、日本においては具体的な訴訟にならない、なおかつおなかの中にいる間は人として扱われませんので、日本の憲法的な観点でいうと、平等の権利という面では問題なのではないかなと思ったのですが、この点について先生のご意見を御伺いできませんでしょうか。

もう一点、家制度というもの、天皇の子として子どもが位置付けられていたから不妊手術を強制的にはいけないという法律が戦前にあった、先生はそういうふうにおっしゃったと思いますけれども、例えば、生まれてきた唯一の子が障害を持っていた、そういう場合は何らかの障害を抱えているとしても、とりあえず誰かと結婚させて家族制

度を維持する、そういう観点からも維持されていたのではないかなと僕はちょっと思ったりしたのですが。家制度というものに対して先生はどういうふうに、家族の多様なあり方という方向で肯定すべきか、それとも新しい家族の形態というのを許容するという意味で否定していくべきであるとお考えなのか、この点についてお聞かせいただけないかと思います。

甲斐：まず、第1点は非常に重要な問題ですね。私も、先ほど、この辺を簡単に述べましたけれども、法で規制する場合には根拠が必要です。私は、柱をいつも立てて議論していますが、3つの柱があります。1つ目は、女性の尊厳、それに裏打ちされた健康権です。これは、特にカントを持ち出すまでもなく、人を手段としてのみ使ってはならないという大原則であり、今でもドイツでも使われますけれども、これは大事な点だと思います。

それから2つ目は、子どもの福祉です。これは今言われたことと関連して、やはり子どものことを考えないといけないわけです。当事者が自分たち夫婦の問題として子どもが欲しいという願望は分かりますけれども、その先、子どもがどうなるかということを考えずして、自分たちの欲求だけで動いてよいのか、それを医療者が安易にサポートしてよいのか、という問題があります。

子どもについては、子どもの権利条約というものもありますし、医療では世界医師会のオタワ宣言の中にきちんと医療に関する子どもの権利が謳われております。私は、子どもの固有の権利があると思うので、これは最大限尊重しなければいけないと思います。ところが、おっしゃるとおり、日本ではそれがなかなか実現しにくい事情があります。したがって、裁判で決着つけるというのも1つですけれども、裁判を起こすことが困難であれば、これについてはもう少しいろいろな角度から、子どもの権利の実現の方策だとか、これを支援するルールをつくるべきではないかと思っております。

今、実は小児医療の問題も研究してしまして、その中で、いかにして子どもの権利を医療の中で守っていくかという問題に取り組んでいますが、そのためには子どもを支える制度が必要だと痛感しています。イギリスでは、メンタルキャパシティ・アクト(Mental Capacity Act)という法律がありまして、意思決定ができない人のための法律です。これは、子どもと、例えば、認知症患者とか高齢の人も対象にしています。日本でも、そういう類の法律が必要ではないかと考えています。イギリスのその法律の中では、ベストインタレスト(best interests)という用語があり、この言葉をイギリスの議論

ではやたら使います。これは、家族の利益になってしまっただけではいけないので、子どもの固有の利益をどう守るか、それが権利につながるという考えです。そういう類の法律も今後日本でも考えておかなければいけないと思っています。

3つ目は、社会的有害性、つまり商業化の禁止という視点です。商業化を認めてよいという見解もありますが、私は、やはり、この種の問題で商業化が進むというのは弊害をもたらさだろうと思っています。第1の問題はそういうことです。

第2点の家制度については、戦前の家制度みたいなものに戻れというのは、間違いだと思います。家制度が害をもたらしたからこそ、日本国憲法で価値転換が行われたわけです。そうかといって、現状のように家族が孤立してしまうというのが本当によかったかということ、昨年の東日本大震災以降、「絆」ということが言われますけれども、家族のありようといいますか、これは法律でどうのこうのという問題とはまた違う次元ではないかと思っています。法制度としては、それぞれのプライバシー権に基づいた家制度でよいと思います。あとは、社会の問題としてどういうふうにネットワークをつくるかというのは、政策の問題だと思います。法律で縛ってしまうというのはよくないでしょうし、それはまた、逆の弊害をもたらします。社会レベルで「絆」をあちこちにつくるというのは不可能ではないと思います。しかも、家族形態は、今後ますます多様になるでしょう。

生命倫理学者にトリストラム・エンゲルハートという人がいます。ご存じの方も多いと思います。彼が4年前に早稲田大学に来まして、子どもの医療について講演をしてもらいました。私が訳したものがあります。これは、家族の分析をしています。伝統的な家族とそうでない家族等、彼は3つの類型を挙げていました。そして、現代では統一的な家族観を持つのは難しいと述べています。つまりは、再婚して子どもがいるという組み合わせとか、その他、同性婚とか、アメリカでは同性婚を含めいろいろなケースがあるので、家族という枠で全部縛るのは難しい、と述べています。多様な家族構成を認めたいので、その中で子どもをどう守っていくか、その視点を今後考えないといけないな、という気がします。

質問者 2: 先生のお話の中で、1つちょっと教えていただきたいことがあるのですが、実は先ほど先生が、衝動的な中絶を避けていくためにも、相談兼カウンセリングだとか、中絶するまでの待機期間というものを持つことが大変必要で、このことが日本の現実というものにも合っていて、中絶の数を多分に減らしていくことができるのではないかと

というお話がございました。

子どもは、実際にそういう妊婦さんと出会って、その妊婦さんのお話を聞いて、そして相談というカウンセリングに近いような対応の中で、中絶に向かっている人たちのお話を聞きながら、少しずつ出産に関してのお手伝いをしている団体ですけれども、逆に今度はもっとそれを前進させていくためには、例えば、その相談の制度をどこに導入していけばよいのかという問題があると思うんです。現実的に母体保護法というのは中絶法であって、その中絶法の中に相談というのは持ち込むことができるのか、それとも母子保健といういわゆる福祉の保健のあり方の中に持ってくることができるのか。しかし、母子保健という妊娠、出産に関して保険が適用されていない中にそういうものを持ち込むことができるのか、それとも新たに地方の条例というようなところに相談の窓口をつくっていくことがいいのか。実際やっている側としては、そこら辺でちょっと迷っているところが現実的な問題としてあります。

それと、もう1つ、今、アメリカではどうなっているんだろうか、この中絶の問題は。というのは、優生保護法とか母体保護法の問題が政治的な問題として挙げたときには研究書が増えますけれども、現実ここ10年ぐらいほとんどそういう論文を見ないなというふうに思いまして……

甲斐：確かに、最近は、論文も少ないですね。10年ぐらい前はずっと本も出ていますね。今は論文や本を書いてもしようがないという現状があって、おそらく今の体制はしばらく続くだろうと思いますね。

質問者2：ですから、先ほどおっしゃった判事のお名前をちょっと教えていただけますか。

甲斐：片仮名でアントン・スカリヤという有名な判事です。

質問者3：子ども手当というのが、民主党の政権の中で、今、1万5,000円ぐらい子どもに出されていますけれども、生まれてからの子どもに1万5,000円出ていますけれども、子どもの生命というのは妊娠から始まると思うので、10カ月前にさかのぼって、子どもに手当をするのでなくて、お母さんに手当をする方法があってもいいんじゃないかと。中絶をいかにして少なくしていくかという構造をどうつくるかという問題から考

えると、そういうことが考えられるのかなと思いますが、先生はどうですか。

甲斐：2つとも良い質問ですね。最初の質問の「相談」、これは大変大事で、相談が増えれば大分変わると思います。ただ、どこにそういうのを義務付けるか。本当が一番良いのは、母体保護法の基本的性格を変えて、その中に設けるとというのが1つの方法かもしれません。まさに母体保護と、親に対する援助といいましようか、そんな法律に変わっていけば、その中に設けてよいでしょうけれども、現行法では、確かに、あのままだとどこに設けてよいかというのは、難しい問題ですね。違う法律を別途つくることも考えられます。

一番良いのは、先ほどのドイツの家族支援法みたいなものをつくって、それとセットにするというのが私は一番妥当だと個人的には考えています。これは、そんなに実現が難しいとは思わないです。その中で、第2の質問と関係して、その支援の一環として妊娠段階から妊婦・家族を援助する規定を設けて支援をすれば、だいぶ状況は変わってくるのではないかと個人的には考えます。その案も今ずっと練っていますが、いかがでしょうか。

質問者 3：たしか京都の山田知事だったかな、妊娠というのは女性と子どもの問題だけでなく家族全体の問題だから、家族法みたいなものをつくっていく必要があるのではないかと……

甲斐：家族法でそこまで盛り込むかどうかということ、たぶん民法でありますから難しいかもしれません。基本法をつくってそこに入れるのが一番良いかもしれません。おっしゃるとおり、大変大事な質問だと思います。私は、ドイツのような法律は不可能ではないと思っておりますけれども、まだこの法律を知らない人多いですね。金澤文雄先生以降、この法律を学者があまり取り上げてないので、私も、この問題もう少し積極的に発信したいと思っています。

質問者 4：ちょっとよく分からないんですけども、今まで生殖医療で子の福祉とか出自を知る権利というのは、特に日本では全然考えられてこなかったと思いますけれども、ただ、スウェーデンなどでは出自を知る権利というのは保障されている……

甲斐：スウェーデンは、たしか保障しています。

質問者 4：法律上はきちんと保障されているけれども、実際に子どもが自分の出自を知りたいと思うかという、なかなか請求は少ない、ほとんどないというふうに聞いたことがあります。もしご存じでしたら、それは親の方が知らせることによって子との関係が変わってしまうとか、そういう心理的に抵抗が強かったりして……

甲斐：これは難しいですね。強制告知というわけにいかないですから、これは例外的にというレベルの数になるかもしれません。しかし、マイノリティーであれ、機会を保障してやるという意味で、少なくとも聞かれたら対応できるというシステムは、私は良いのではないかと思います。国によってこれはずいぶん対応が違います。出自を知る権利、それは認めない方がよいという見解もあります。そんなのは知らないのが一番良いと言いますが、分からないことほどジレンマに陥ることはないですから。

質問者 4：日本の体外受精で生まれた子どもが 30 歳を超えたりして、出自を知る権利を保障すべきだと発信されている方で……

甲斐：日本の場合、現段階ではそれが分かる前提でやられているケースが多いですからね。近親者だとかその他。

質問者 4：全然分からない中ですごくもがいていくという実態が強いと思いますけれども……

甲斐：そう思いますね。

質問者 4：法律をつくって保障することも必要ですし、子どもが知らせてくれと言って知らせると、どうしても親の方が、社会の中で子どもを育てていく場とか、テーマの方が違いますけれども、そういう社会的な状況を変えていかなければ、子が知らせたときに親とちぐはぐになってしまっていて、その後の関係が……

甲斐：そう思いますね。

質問者 4：実際どうしたらいいのでしょうか。

甲斐：これは難しいでしょうね。どなたか名案はないですかね。

質問者 5：手続保障として、知りたければ知れるというのは必要じゃないかと思えますよね。そういうのが保障されていれば、そんなに気にならないというか、知りたいときには知れるからそれでいい。だけど、絶対にそれが秘匿されているということになると、やはり近親交配の問題とかそういう問題が出てきますから、やはり何らかの形で知るすべは、権利とまでは言わないけれども、手続としては残しておかないと、全くそれが誰も追及できなくなってしまうのは生物学的にもちょっと怖いかかと。

甲斐：去年でしたか、あるシンポジウムで実際そういう手法で生まれてきた女性の方が意見述べていました。少々ジレンマがあるとおっしゃっていました。その人は、そういう人たちでネットワーク持って、同じ苦悩が分かり合える人がいるということで救われる部分もあるというようなことも言っていました。しかし、これは少し次元が違う話ですから、制度としては今おっしゃるようにつくっておくべきだと個人的には思います。実現できるかどうかは分かりませんが。そうすると、裁判所が管理するとかいう方向への改正にもいきますから。なかなか日本の法改正というのは、動かないですね。ある意味で大変大事な問題だと思います。

質問者 6：私、実はネバダ州で何年前勉強しているときに、女性の権利として中絶するかしないかということ、今でもそれを言っていますよね。反対運動していますから、女性の権利であると。ところが、私は助産師ですけども、日本では、先ほどどなたかおっしゃいましたが、家族として、父母、妻と夫の結果として子どもができるというふうにとらえているように私は感じて、そういう意味で日本では、先ほどおっしゃった母性保護という観点からよりは、むしろスウェーデンの母子支援ですか、そっちの方へ行きやすいのではないのかなと感じますけれども。

甲斐：そういう方が良いのかもしれませんがね。スウェーデンをはじめ、北欧はいろいろ工夫してやっていますね。私の知り合いでそれを専門にやっている方がおりますので、

もう少し詳細に聞いてみたいと思いますが、少なくともスウェーデンではそれがうまくいっているということです。それ少し研究してみたいと思います。貴重なご意見です。

質問者 7: 貴重な話ありがとうございました。私も、人工妊娠中絶、生殖医療、統一的な法律をつくるべきだという考えには心から賛同するものですが、先生の今日のご講演を聞いている限り、人工妊娠中絶については経済的理由というのを濫用され過ぎていると先生はご懸念なさっているんですか。

甲斐: うーん、濫用という表現が適切かどうか分かりませんが、その名目で全部ブラックボックスみたいにそこに放り込まれているのがむしろ問題ではないかと思えます。本来、立法当初は、本当に育てるのが大変だ、産んでから大変だということが頭にあったわけです。それが高度経済成長を経ても、いつでも、とにかくすぎるものがこれしかないわけです。母体の健康以外、これしかないわけです。それでよいのか、ということなんです。

質問者 7: 1つの議論で、胎児条項ちゃんとあるべきだというのがありますよね。

甲斐: これはこれでまたいろいろと問題があります。昔の日本母性保護医師会（日母）、今は名前変わりましたね。日母ではなくて、産婦人科医会です。これが一かつてゼロ次案というレベルでつくったことがあります。ところが、これが袋叩きになりました。日本では、胎児条項を案として出すととんでもないことになるということで、ゼロ次案で消えました。潜在的にはそれを動かしたいという人はいるけれども、実際かなり難しいでしょう。やはり疾患でどこか線引きをしますから、それに該当する人は、きちんと生活している人もおられるわけで、自分たちは法律から見放された存在だということを法律がお墨付き与えることになりますから、そこが一番難しい点です。私も、胎児条項だけにはどうも踏み切れません。ですから、個別に対応するしかないような気がします。イギリスは割り切っていますけれども。

質問者 7: 先生は、今の枠組みを維持したままで、できるだけ妊娠中絶の数を減らしていこうというお考えなんですか。

甲斐：先ほど2つ言いましたけれども、経済条項は、別条項に移した方が良いと思っています。今の14条1項ではなくて、違う条項に持っていくのです。もう1個は、ドイツのような、妊婦と家族を支援するという法律でさらにサポートするという意味での法律をつくっていくべきではないかと考えます。先ほどスウェーデンの話が出ましたから、それらも参考にして取り入れられればよいですけれども、支援というのをもっと鮮明に出すような法律があれば、中絶を合法化することを強化するよりはそっちの方が良いのではないかと考えています。

質問者7：そういう話になりますと、例えばドイツやスウェーデンはほとんど子どもの医療費だの教育費だのがかからない、非常に支援が手厚い、あるいはドイツにしてもフランスにしても、できるだけ中絶をさせないために国が全面的にバックアップをして養子制度を制定して、匿名出産制度なんかもつくってというのがありますよね。日本では匿名出産も不可能で、養子縁組も事実上、専業主婦家庭でないとできないような現状等あって、すごく……

甲斐：ギャップがありますね。

質問者7：お金がかかるというところからして変えていかないと、ちょっと難しい気がします。

甲斐：法律だけが突然できるわけではないです。だから、これは法律だけで、法律家だけで解決できる問題ではないのです。それこそ多方面の人の意見を集約して、そういう声というのがかなり一般的に受け入れるような仕組みをつくっていかないといけないだろうと思いますね。

質問者7：逆に言いますと、今は経済条項というのが非常に重い意味もあるんじゃないかと、個人的には考えています。

甲斐：それはありますよね。

質問者7：1人目が障害を持っていたから、2人目ももし障害があったら中絶するとい

う……

甲斐：そういう場合はやむをえないですね。

質問者 7：簡単に使ってよい経済条項じゃないと思うんですが、そういう意味で、別扱いにしますと経済的理由というのが厳しくなって、死活問題になってくるんじゃないかという懸念もあります。

甲斐：そういう考えもあるんですね。ありがとうございました。確かに、独立して判断されるとなると厳しくなりますね。もう少し考えさせてください。

(終了)

第 16 回 研究会

日時: 2012 年 5 月 19 日(土) 15:00-17:00

場所: 石川四高記念文化交流館 多目的利用室 3

水野紀子 (東北大学大学院法学研究科教授)

「生殖補助医療と実親子関係法」



水野: ご紹介いただきました水野でございます。生殖補助医療と実親子関係法ということでお話をいたします。まず生殖補助医療とは、人工授精や体外受精など「科学技術の利用によって子を出生すること」です。

生殖補助医療の一番古いかたちに人工授精、とりわけドナーの精子を用いた AID があります。これは要するに女性の体内にキットを使って精子を入れるというだけの話です。母体の中で起こることは通常の妊娠・出産のコースと全く変わりがないので、生殖補助医療ではないという考え方も医師の間に根強く、AID が規制なく行われてきた一因となっています。

体外受精は、卵子を体外に取り出して精子と受精させ、それを戻すというもので、実用段階に入ったのは 1980 年代のことです。可能になると実用化がほぼ同時でしたが、医学的に完全に安全だという保障は実はありません。体外で受精卵に触る影響があるのかわからないのか、エビデンスベースではどちらの保障も出ていないというところのようです。

代理懐胎・代理出産は、技術的には体外受精の技術を使うわけですが、母体由来ではない卵子や胚をほかの女性に移植し、出産を依頼して、生まれた子を依頼者が引き取る

という技法です。

現在の規制状況ですが、法令はありません。立法としてこの領域で成立しているのはクローン規制法だけです。それ以外は、日本産科婦人科学会の会告などによる専門家集団の自主規制が存在するだけです。日本産科婦人科学会は、AID は認めるが、胚提供、代理懐胎は認めない方針を取っています。

こういう自主規制に任せておいては駄目だというのは誰が考えても分かることです。立法的にきちんとしなければいけないということで、2000年にまず厚生科学審議会先端医療技術評価部会で報告書(『精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療のあり方についての報告書』)が作られ、それを受けるかたちでさらに厚労省と法務省がそれぞれに報告書を作っています(2003『精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療制度の整備に関する報告書』,2003『精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療により出生した子の親子関係に関する民法の特例に関する要綱中間試案』)。

厚労省の報告は、いわゆる「規制立法」と言われていて、どういう場合に生殖補助医療の利用を許すかということを経験したものです。AID、卵子提供、それから胚提供なども認めていますが、代理懐胎は認めないという案でした。特徴的だったのは、ドナーを特定できる情報を含むような、出自を知る権利を子どもに与えようという方針が盛り込まれた点です。こちらの策定過程には私は加わっていませんでしたが、先ほどご紹介くださいましたように、法務省の法制審議会の生殖補助医療関連親子法制部会のほうには入っておりました。こちらの法制審議会では、生殖補助医療技術によって出生した子どもたち、そのうちには規制法外で生まれた子どもたちも当然に視野に入れた上で、法律上の親子関係をどのようにするかということについての中間試案を作りました。ところが、この二つの審議会の提案は両方とも立法化されずそのままになっています。

一方、この間、向井亜紀夫妻の代理懐胎をめぐる訴訟がありました。マスコミも騒ぎましたので、このままではいけないということで、2006年12月に厚労大臣と法務大臣が、日本学術会議に代理懐胎の問題について意見を求めました。1年余りに及ぶ審議の末、2008年4月に「代理懐胎は原則として禁止する。ただし、試行的な実施を検討する余地はある」という報告書が出ました。親子関係については「法的な母親は分娩した女性」というのが、この日本学術会議の検討委員会の結論でした。

私もこの委員会に加わっており、毎月、公開で議論を行いました。マスコミが毎回山のように来たものです。当初、マスコミ報道は「向井さんは被害者だ」という位置付けでした。「向井夫妻の子として認めればいいのに、頭が固くてそれを認めない法務省が

悪い」というスタンスで報道がされていたのです。しかし議論が進むうちに、そんなにたやすい問題ではないとマスコミも徐々に理解するようになったようで、報告書を出したときのマスコミの報道は、「妥当な線」だというものでした。この報告書も立法には結びつきませんでした。マスコミがある程度、理解してくれたことが、会議を行なってよかった点だと思います。

会議では、妊娠・出産に伴う医学的な危険、子どもへの影響、生物学的に未知の問題が非常にたくさんあるという話、社会的混乱、倫理的・社会的な問題、自己決定権の問題、子供の福祉など、随分と多方面に議論を尽くしました。

さまざまな専門の学者が集まって議論すると、まずいささか言葉が通じません。理科系と文科系はもちろん、理科系内部でも法律学者同士でも専門用語や議論の前提が異なります。また理系はエビデンス重視ですが、文系はエビデンスの存在などぴんと来ないので、「文科系の先生方はエビデンスをまったく気になさらないのですなあ」と理系の先生にあきれられました。抽象的な話になると、日本の常識的な議論をなさる理系の先生方に対し、文系は常識を完全に比較相対化して議論をします。そうした違いを面白く思いました。

理科系の中では医師と生物学者もかなり違いました。お医者さんは、やはり不妊患者の希望をかなえたいという医者の希望が顕著に前面に出てくるように思います。

ただし、医師も代理懐胎については消極的でした。当初の予想を覆して原則禁止にできたのは、医師をはじめとする理科系の先生たちが、最後の結論を言う段になってようやく、実は代理懐胎に否定的であったと分かったからです。それで、圧倒的多数決で原則禁止になりました。

お医者さんたちは出産の危険性を熟知しておられます。女性は一定の割合で妊娠・出産の過程で亡くなります。現在の完璧な医療水準のもとで出産しても、100パーセント安全なわけではなく、必ず亡くなる女性がいらっしゃいます。「一定の割合で母親が死ぬ」というのは、人間が脳を大きくする進化を遂げた結果なのでしょう。卵子提供の場合、そうした死の危険を引き受けてまで子を得たいと母親が望むなら、医者としては手伝ってもいいと思われるようです。しかし、代理懐胎の場合だと「子どもを欲しい」という依頼親自身は妊娠・出産のリスクを負いません。命にかかわるリスクを負うのは、何のメリットも受けない代理母です。それにはやはり医者として抵抗があるようです。健康な女性の身体に施術を施し、死の危険を及ぼすことをして、かつそのメリットは彼女に帰属しない、そんなことをするのは嫌だ、というのがお医者さんの反応でした。

また、生物学者も、「エビデンスはないが、生物学的な自分の蓄積からみて、明らかに非常に危険だと思う」とおっしゃいました。母体にとって異物の胎児を母胎に維持し続けるシステムを免疫寛容といいます。この生物学的なメカニズムはまだよく分かっていないのだそうです。通常の場合、遺伝子的には半分が母体由来、半分が父親由来の異物である胎児ですが、代理懐胎の場合には100パーセントの異物になるわけです。その異物を、免疫寛容をつくって母胎が維持し続けることの胎児および母胎に対する危険というのは、まだエビデンス待ちですが、間違いなくあるだろうということです。卵子が由来しない母体で起こるエピジェネティック変化(注：DNAの塩基配列の違いによらない後天的な遺伝子発現の仕組み)についても実験段階にあり、そうした未知の危険を抱えた代理懐胎の実施は許されない、というのが生物学者のリアクションでした。

法律学者の内部でも議論の傾向がありました。憲法学者の委員は強い自己決定権を肯定しましたが、「人間はすべて自己決定できるほど強いものではない」というのが私のような民法学者の発想です。「自己決定が法的に弱く扱われる時に、逆に自己決定に及ぼす周囲の影響、社会が及ぼす影響というものを考慮に入れることができる。弱い自己決定は必ずしもその『自己』を守らないということではない」というのが民法学者的な発想です。刑法学者はまた少し違って、「国家権力が刑罰を科す場面をどのように制約するか」ということを重視されていました。

私は民法学者ですので、自己紹介を兼ねて私の発想をお話させていただきます。法学というのは、言葉や観念の学問です。人間は言葉や観念を持って思考し意識を持つ存在です。認識論などもそうですが、言葉がないと我々はものを認識することができません。観念になるとさらに顕著です。「平等」という言葉がない時代がありました。「平等」という言葉がない時代には、我々は平等を意識したり認識したりすることはありませんでした。

人間社会は言葉を利用してつくられてきました。「社会あるところに法あり」といいます。ごく原始的な段階から人間の社会には法がありました。例えば類人猿と人間とを区別するのは、インセスト・タブー(注：近親相姦の禁止)の存在だそうです。また我々は一夫一婦制秩序をつくっています。こうした秩序は言葉によってつくられています。そこから進んで近代になると、強い国家権力が法に基づいて秩序を作ることになります。「法とは、権力に限界を画し、欲望に限界を画することを目的とする、限界の表明である」というフランスの法哲学者による法の定義があります。この定義が現代の法の説明としてわかりやすいと思います。

法には、起源が限りなく古い秩序から、その後次第にできあがった秩序まで、さまざまなものがあります。インセスト・タブーは人類社会始まって以来ありますし、「汝、盗むなかれ。汝、殺すなかれ」という規範も、非常に古くからあります。何もいまさら事立てて言わずとも、インセスト・タブーも殺人もみんなぞっとする行為です。昔は平気だった奴隷制などにも今は拒否反応が起こります。ですから、ゆっくり形作られてきた秩序については、気にせずともよいわけです。誰も反対しないし、そもそもどこでもすでに立法されているでしょう。しかし生殖補助医療の秩序形成が難しいのは、あまりにも急速に医学が発展してしまったが故に危険な状況が生じていて、秩序を作る必要が差し迫っているにもかかわらず、皆がそう思うというかたちでゆっくりと秩序をつくれないう点です。しかも「今、ここにいる」不妊症患者の希望に反しても「将来生まれてくる」人のために、人為的にコンセンサスやルールをつくらなくてはなりません。そういう問題だというのが悩ましいところです。

通常、法学者は非常に謙抑的です。法律は道徳の領域にはなるべく手をだしません。法で、つまり権力で多数派が少数派を圧制することは極力避けたいと考えるのが、法学者が本能的に身に付けてきたことです。ですから、法はできるだけ謙抑的であろうとします。個人の自由に委ねて、道徳的なことには手を出さないでおこうと考えるのが我々法学者の常ですが、生殖補助医療については、それでは駄目なのです。そこが苦しいところです。我々がいつものように謙抑的に、個人の自由に任せておこうとすると、凄まじい逸脱が起こってしまう領域だと私は考えています。あえて想像力と言葉を尽くして、将来社会の秩序を意識的に作っていかなくてはなりません。

私の専門は、民法です。民法の起源はローマ法です。昔、社会が、同じ文化を共有している小規模の共同体であった時代には、秩序もおのずから共有できました。しかしローマ帝国は、広大なローマ帝国の下で異なる価値観、異なる文化を持つ人々を統治しなくてはならなくなりました。この時初めてルールを全部明文化した法として出来上がったのがローマ法です。ローマ法は、文化を越えた文明として成立しました。これが近代ヨーロッパによる再発見を経て、明治時代の日本に継受されたわけです。

民法がローマ法由来だというのはそういう文明の継受を意味します。もちろんローマ時代から姿はだいぶ変わってはいますが、全体で矛盾がないように体系化された、妥協と共生の秩序としての法であるという意味では、変わりありません。我々の社会は、相互に矛盾する多くの正義を内包しています。分かりやすい例を挙げます。「結婚したのだからずっと夫婦でいたい」と望む妻や、両親にはぐくまれて育つ嫡出子の権利、これ

らはこれらで正義です。一方、「もう愛していない妻と別れて、自分の愛する女性と暮らしたい」という夫にも、それなりの正義というものがあります。「結婚している男性だと知ってはいたけれども、愛し合ってしまった」という女性も、やはりそれなりの正義を持っています。ましてその二人の間に生まれた非嫡出子は、何の罪もないわけで、当然、出生の正当性を主張できないといけません。そういう正義はそれぞれに正義なので、その間のどこかで細かく線を引かなければいけません。「自由」とか「平等」という短い言葉による正義のスローガンの対極にあるのが民法です。民法は憲法と異なり、たくさんの正義、多様な正義の間に線を引いて適用されるものです。だから条文数も多いですし、妥協の固まりです。でも同時に、矛盾する正義や権利を包括して、全体としては統一が取れているという秩序の体系なのです。

私はこの民法学者の発想で生殖補助医療を考えます。民法学には複雑な区分けをする技術がいろいろとありますので、それらを利用して発想します。たとえば「自由の尊重」といっても、消極的自由の尊重という意味では認められても、積極的な保護が当然に要請されるわけではない、と考えます。つまり「出産の自由」といっても、医療を利用する権利や他人の身体を利用する権利まではないというように。また「契約の効力」といっても、公序違反の契約は無効となります。母胎の有償利用契約は、公序良俗違反でしょう。かりに代理懐胎契約が結ばれたとしたら、途中で墮胎することになると、解約の自由の制約はどこまで認められるのかという議論と重なってきます。報酬を受け取るのは人身売買だが費用の支払いは認められるという考え方がありますが、しかしある程度以上の支払いは労働の対価であり、「費用」でなく「報酬」になると考えます。以上のように、契約法概念を使って細かく考えることができます。また民法学者の常識として、法律上の親子関係と遺伝上の親子関係は違います。自然懐胎の場合は子どもをもつ権利は権利だけれども、自然懐胎ではない場合には子どもを持つ権利は権利ではありません。従って未成年の養子縁組は許可制になっています。こうしたことを、民法学者はいろいろと考えるわけです。

生殖補助医療を論じる際に、対立する概念や法益として出てくる議論の危険性についても考えます。概念をむき出しで論じますと、どちらも正義を背負っていますから、抜き差しならなくなる危険があります。ヨーロッパが近代に民法典を立法したのは、宗教戦争で正義の対立の恐ろしさを痛感したという歴史的背景もありました。それでも生殖補助医療においては、さまざまな正義の概念が語られます。いくつかを確認してみましょう。生殖補助医療に対して消極的な論拠としては、神への冒瀆、人間の尊厳、精神的

な負担、性の搾取、母性の育み、家意識の助長といった概念が挙げられます。他にも、子どもへの欲求は社会的産物であるとか、養子という選択肢があるじゃないかとかいう議論もいわれます。出自を知る権利とか、子の福祉に関しては、生殖補助医療に対して積極にも消極にも機能する中立的な概念でしょう。一方、生殖補助医療に肯定的な概念では、自己決定権、幸福追求権、家族形成権など、また AID が許されていることとの対比で卵子提供を認めるべきだと言うときには男女平等という概念が使われます。

民法学者は、これらの概念を否定するわけではなく、むしろこうした多くの要素を考慮に入れます。精子と卵子の差の問題——精子は簡単に採れますが卵子採取は大変です——、医師の関与の有無、凍結による時間の超越の問題、妊娠分娩の負担の問題。ドナーの生殖細胞や胚を利用する場合には、そういう遺伝的な親に育てられない子を養育親が誕生させることの評価もしなくてはなりません。自己の出自を知る権利とアイデンティティの苦悩も大きな要素です。それからアメリカで顕著にみられ、その後インドなどに広がった商品化・市場化の問題もあります。

アメリカ法はヨーロッパ大陸法とかなり違っています。ヨーロッパ大陸法はローマ法を起源とする法典国なので、先ほど言ったような、全体の矛盾がないような体系立った法典による秩序になっています。しかし英米法系のアメリカ法は、判例がルールとしてかたちをつくっていくイギリス法がアメリカに渡り、イギリス法の統一性をある程度保障していた法律家集団の人的要素が失われて、いわばガラパゴス的進化をしたもので、体系的な処理がより少なくなっています。

ですからアメリカ法は極端に揺れます。禁酒法立法の歴史などを見ても分かるように、振り子のように揺れながら秩序をつくっていきます。州によって規制を変えることができるので、立法の実験もしやすいのでしょう。また自由が非常に強固な国是の国です。生殖補助医療は自由な状態で始まって、その後、弊害が認識されて、今は州法によって次第に規制が進んでいます。もっとも実験をするとしても、禁酒法はギャングがはびこるだけとわかって禁止をやめればそれで終わりですが、生殖補助医療は子どもが生まれてしまうのですから後から規制してどうするのかと私は思うのですが。

向井さんが代理懐胎を行ったネバダ州というのは、アメリカ法の概説書を読むと、アメリカではこれは禁じられている、ただし「except Nevada」と書かれる事項がいくつかあるような州です。ラスベガスがあって、原発実験も引き受けて、ある種、なんでもありにしている州です。生殖補助医療の市場化も行われているわけですが、それでも最低限の代理懐胎契約の監督などはありますし、お金もそれなりにかかります。今ではネ

バダよりもインドなどのほうが集客力があるようです。ネバダでは代理母が妊娠中にドラッグやアルコールをとってしまうかもしれませんが、インドでは健康な若い女性が9ヶ月間監視されながら無事に育ててくれますから、安いし、安心できるということのようです。

なお胚の地位については、キリスト教圏に独特の重さがあるように思います。キリスト教圏はやはりローマカトリックの命の始まりという概念の影響が非常に大きいのでしよう。それが生殖補助医療問題を考えるときの難問として常に引っ掛かってきます。

現時点での最高裁の判例を紹介します。まず、夫の死後、夫の凍結保存精子を用いた体外受精で子供ができたという死後懐胎のケースです。松江の事件でした。白血病になった夫が精子を保存凍結し、「自分が死んだあと、君が再婚しないのならこれを使って子どもをつくり、自分の両親の面倒を見てほしい」と未亡人となる妻に言い残したというケースです。最初、彼女は嫡出子として届け出ようとするのですが、夫が死んでから2～3年たってから生まれている子ですから、当然死別による婚姻解消後の懐胎で、嫡出子になりません。そこで嫡出子認定をあきらめ、次は非嫡出子でもいいから夫の子だにするために死後の強制認知を訴えて争います。

一審の松江地裁は、強制認知を否定しました。でも、高松高裁が肯定してしまいます。私は高松高裁の肯定判決に仰天して、いつもは最高裁判決にしか評釈を書かないのですが、高裁の段階で珍しく判例評釈を書きました。その高松高裁の判決がまた乱暴な論理で、遺伝的に夫の子であるし、夫は子を残したいという意思を伝えていたからという、その2つだけの要件で夫の子だという父子関係を認めたのです。そんなことをしたら一体何が起こるでしょうか、死後に自分の子を産んでくれる女性を募集するようなことさえ可能になってしまいます。仮に強制認知を認めるにしてもこの理由付けはありえないと思ったので、高裁の段階で評決を書きました。そのあと同種の事件で東京地裁の判決が出て、その奥田判事の東京地裁の判決は強制認知を認めない結論で、理由付けもとても良くできていました。私の評釈も読んでくださった気配があります。下級審判決を読み比べたら、この東京地裁判決を覆すのは難しいと思って、この判決の段階で予想したとおり、平成18年に最高裁判決は「認めない」という結論になりました。早く立法でこの生殖補助医療を禁止すべきだという厳しい補足意見もついています。

AIDについては、最高裁まで行った判決はありません。高裁レベルで、夫の同意を得て人工授精が行われた場合には、嫡出推定の及ぶ嫡出子だという判決があります。

代理懐胎については、「現行民法の解釈としては」「親子関係の成立を認めることはできない」という向井さんのケースの最高裁判決がでました。死後懐胎のケースは、死者の子をつくることについて補足意見が非常に厳しい言葉で論難していました。代理懐胎の判決のほうは、それに比べると代理懐胎の是非については中立的です。現行法を前提にすると親子関係については分娩で発生すると判断するが、立法されれば話は違ってくるという感じです。死後凍結精子の場合、最高裁の補足意見は、早く禁止立法をつくれというものでした。最高裁も、代理懐胎と死後凍結精子とでは態度が違っているようです。代理懐胎のケースの最高裁の判決は、卵子提供と借り腹について両方のパターンの判例があります。

生殖補助医療の類型ごとに、賛否の議論の論拠を見てみましょう。死後懐胎の推進側の論拠は、既に生まれてしまっている「子の福祉」です。けれどその子を救うことを許したら、将来そういう生殖補助医療で死者の子どもがたくさん生まれてきかねません。将来生まれてくる「子の福祉」に反するのではないのでしょうか。問題点は、受胎時点で精子提供者が既に死者であることです。私は高裁の評釈で「受胎時点で既に死者である者の生殖子を使って命をつくるのは、むしろクローンに似ている」という書き方をしました。新しい命をつくるときには、少なくとも妊娠の瞬間には夫は生きていてもらわないと困ると思います。命を与える行為はこの世への強引な拉致なので、受胎の瞬間に両親が生きていて、生きていて両親の意思によって生まれる、それがこの世に拉致される新しい命に対する最低限のエチケットなのではないかと私は思います。

次に、AID の場合の論拠ですが、AID を肯定する論拠としては、不妊男性の救済策であり、その妻も子どもをもてて救われる、子どもが産めないといって妻が離婚されることもないと言われてきました。しかし子どもの利益が問題です。通常の親子でも、思春期には親子関係が悪くなるのが少なくありませんが、まああの親父の子であることはしかたがない、俺の息子だからしかたがない、という受容があります。しかしこのときに実は親子ではなかったということになると、これはもうあきらめがつかず、そのまま親子関係が瓦解することがあります。また、自分の父親が別人だということを知るとはものすごい苦悩だそうです。自分の父親が誰か分からなくなるというのではなくて、自分自身が誰かが分からなくなるのです、と AID 子はその苦悩を語ります。片方の親について遺伝上の情報も得られず、健康管理上の問題も生じます。その子の苦悩から、子どもの出自を知る権利が強調されるのですが、子どもの出自を知る権利とドナーの匿名性の要求は対立します。

卵子提供の場合ですと、推進側は、AID が許されているのに均衡を失すると主張します。しかし、精子の場合は採るのが簡単ですが、卵子の場合は大変だというのが問題です。

育児に必要なことは、母親が子どもを育成する過程で無条件に子を受容することです。子どもは育つ過程で、自分を全面的に受容される必要があるのです。「あなたが生まれてきてくれた、そのことだけでお母さんはうれしい」と言ってくれて、自我を肯定的に育んでくれる人間が必要です。それが必ずしも母親でなくてもかまいません。たとえば『坊っちゃん』のお清のような存在です。お清のようなかたちで存在そのものを肯定的に受け止めてくれる人がいると、子どもはまともに育ちます。今は大家族ではなくなってしまったので、お清の存在の確保は難しいですから、母親にそれができないと致命的になるのですが、それをはたして卵子提供で産んだお母さんができるかという、一抹の不安が残ります。

児童虐待の一つのタイプに、評価型の児童虐待があります。「あなたがいい子であれば、お母さんはあなたを愛してあげる」という条件付きの愛情を与えるタイプです。これは子どもに対して悪影響を与え、成長がゆがんでしまいます。絶えず評価を与え、「いい子で、いい成績を取ってきて、世間さまに恥ずかしくない子だったときに、お母さんはあなたを受け入れてあげる」という育て方をすると、子どもの精神が壊れてしまいます。卵子提供で生んだ母親に、条件付きではない、全受容型の愛情を与えることができるか、やや不安が残ります。

次に提供胚による体外受精です。推進側の論理は、胚は受精した瞬間から生命だという価値観がひとつの原動力になっています。キリスト教的な哲学の下ではよくこれが言われますし、胚の地位を巡るガイドラインの作成でもそういう議論がありました。それはそれで説得力はあります。しかし私はクリスチャンではないので、胚がすでに生命だというより、胚が受胎されて母が「産む」という意思を持ったときに、初めて生命になるような、人間になるような気がしています。

私は脳死のガイドラインを作る仕事をして論文も書いていますが、脳死の問題と生命の誕生の問題には、似ているところがあります。生命の始まりと生命の終わりというのは、どちらも線を引くのが非常に難しい。でも、どこかで線を引かなくてははいけません。脳死に反対する側は、心臓死で線を引いて、それ以前は「生」と位置付けます。それはそれで一つの筋の通った考え方ですし、説得力はあるのですが、妥協の余地がなくなるのです。生命の始まりのほうでは、受精の瞬間に「生」が始まるというと非常に線は

きれいに引けるし、それはそれで説得力があるのですが、そうするとまた妥協の余地がなくなってしまう。私は、正義が不可知だとどこかで思っている、妥協と共生の秩序の民法学者ですので、臓器移植の必要があり、蘇生の可能性がない脳死は、死の基準としていいと思っています。

提供胚による体外受精の問題点は、出生前の養子だということです。親の希望で両親と血縁を持たない子どもを誕生させていいのか。どちらとも遺伝的なつながりを持たない子の福祉ということを考えると、それはやはりやめたほうがいいのではないかと私は思います。

次に借り腹型の代理懐胎です。これも先ほどだいぶ話をしました。主に学術会議でもこの議論をしていましたので、ここでは省略いたします。

それから代理母型の代理懐胎です。これは AID の技術を使う代理懐胎です。昔のベビーM事件などの古典的な代理母です。これはこれでたくさん問題があります。

2008 年にインドで代理懐胎をしたマンジちゃん事件がマスコミに流れました。インドでの代理懐胎というのは増幅型の代理懐胎です。卵子提供かつ代理懐胎で生殖補助医療を行うときに、分娩者が卵子提供もする代理母型代理懐胎なら AID の技術だけですから簡単なのですが、これでやると母の母性が目覚めてしまうのでとかく子を離せなくなります。だからインドの代理出産では、卵子提供者と生む人をわざわざ別人にして母性が目覚めないようにするそうです。産んだ側は「私の子じゃない」と思っているし、卵子を提供する側は卵子をとられただけで母性を感じない。そういう世界で命ができてくるわけです。無条件に子どもの存在を愛する母親を持たない子ができます。非常に残酷なことだと私は思います。マンジちゃん事件の依頼者であるお医者さんは、最初の結婚でつくった子どもを別れた妻に取られたから、妻に取られない子供をつくろうという動機だったそうです。とんでもない動機だと思います。母性をもつ母親をあらかじめ排除して子を出生させるというのは、許しがたい残酷なことに思われます。

世界的な立法傾向については、アメリカと大陸法、具体的にはフランスやドイツとは相当に異なっています。アメリカ法とフランス法と日本法を三点对立させてその対照性を指摘する視点は、すでに何人かの学者が指摘しています。先ほど言いましたように、アメリカの一部に自由な市場ができています。もっともアメリカでも、州法によって徐々に規制が強まっており、州によって非常に多彩な状況です。ヨーロッパの大陸法は統一的な法規制です。フランスの生命倫理法はよく日本でも紹介されています。政府が

集中的に幾つもシンポジウムを開いて、フランスの知恵者たち、法学者、倫理学者、医者、宗教家などに議論させて、対立する立場が妥協できる秩序であるところの生命倫理法をつくり上げました。アメリカ法とフランス法は非常に対照的ですが、日本はどちらとも違います。

日本在住のフランス人の友人に、「日本人はプレーリードッグみたい」と言われたことがあります。砂漠の中で首を引っ込めていて、時々顔を出して辺りの様子を見る。安全そうだとチョロチョロと動き、またひょっと引っ込んでしまう。そういうプレーリードッグみたい、というのが彼女の日本人説です。確かにそういうところがあります。日本の生殖補助医療規制は、医師らによる自主規制にすぎません。そんな弱いサンクションもない規制なのに公然と破るのは根津さんぐらいです。生殖医療技術に関しては我々のプレーリードッグの国民性が非常にうまく機能したように思います。しかしプレーリードッグたちは「どうも大勢出ている」「巣穴から外に出て自由にやっている」ということになると、一斉に出てきてしまうところがあるのです。つまり法がなくても自制する「世間」の圧力の強い社会なのですが、暴走し始めると止まらなくなってしまう社会で、そうなるとうまく機能して困ります。

海外と日本では背景にある前提に相違があるのです。アメリカとヨーロッパはとても違うのですが、それでも両方の前提になっているのは、「法規制がないところは自由だ」という前提です。だからヨーロッパは慌てて法規制をつくる。アメリカのほうは自由になっていて、弊害が多いとなると法規制が徐々にできてくる。日本は、法規制がなくても自由にしない国です。そういう意味ではこの国民性は生殖補助医療ではこれまではうまく機能したのですが、非常に危ういありかたではあります。野田聖子さんのような誰かが頑張っていて、マスコミがそれに乗って「自由にすべきだ」ということになったら、どこまでいくかわかりません。

あとで詳しくお話するつもりですが、私が今危惧しているのは GID(注：性同一性障害)の問題です。GID の立法やその後の経緯に、日本のマスコミの問題点、つまりノイマンの言う「沈黙のらせん」の問題が顕著に表れているように思います。GID の問題を社会が理解するという意味では性同一性障害者特例法の立法も意味があったのですが、特例法は婚姻や親子関係という民法の基本的な身分関係についての検討をほとんどせずに立法してしまいました。さらに GID 男性が AID を利用して子を作り、嫡出子として出生届が出来ないのは差別だという訴訟が起きています。あの事件もマスコミが GID 差別だという方向で報道していますが、私は AID 子のことを考えない一方的な取

り上げ方だと思っています。

現行民法における親子の類型についてお話します。養子、実子の違いはお分かりだと思います。嫡出子については、嫡出推定のかけ方で3通りの細かい分け方がありますがその説明は省略します。嫡出推定という概念に対し、反証が挙げれば当然覆ると思っておられる方が多いのですが、そうではありません。嫡出推定は民法の条文通りですと、限りなく嫡出確定に近い制度です。訴えることのできる人が、訴えることのできる期間内に提訴したときにだけ覆るというものです。「どうもうちの息子が隣のイケメンおやじに妙に似てきた。3歳ぐらいになって幼稚園に行くころになると、俺の子とは思えないぐらいハンサムだ。それで女房を問い詰めてみると、「実は……」と白状した。」という、このパターンでは夫との父子関係は覆せないのです。遺伝的にイケメンおやじの子だということが立証できても駄目というのが、民法典の仕組みです。

民法の親子法は実体法と証拠法（手続法）の中間的な性格を持つ規定から成るものです。親子関係の成立要件、立証要件、親子関係を争う訴訟の提訴要件などが関わってきます。親子関係を争う訴訟の提訴要件では、誰が提訴できるか、提訴できる期間はいつかということが規定され、それ以外の場合は提訴ができません。法律上の親子関係と血縁上の親子関係は、たいていの場合は一致するのですが、必ずしも一致しないというのが民法典の立て付けになっています。それは親子法の目的が、子どもに法律上の親を与える要請、それから子どものアイデンティティや身分の保障をすることにあるからです。そうでなければ、血液鑑定の技術者が裁判官席に座ればいいのであって、なぜ裁判官が法律上の親子関係を決めるかという、それは血縁上の親子関係と法律上の親子関係は異なるというのが民法典の考え方だからです。

それを徹底すると、フランス法のように「出自を知らされない権利」というのは大事ということになります。フランスでは、嫡出子とされている子に一定の割合（7%という説や9%という説があります）で非嫡出子がいるのが前提となっています。すごいと思いましたが、産婦人科医師である私の友人にいわせれば、日本でもそのぐらいの割合で非嫡出子が混ざっているそうです。フランスの場合はその事実を前提として制度設計されていて、その血縁関係をばらさないようにします。裁判官の許可を得ない親子鑑定自体が刑事罰をもって禁じられています。

我々はそれぞれ自国の制度的な背景によって発想を規定されているところがありま

す。戸籍制度と身分証書制度は大きく違います。日本で生きていると戸籍制度を前提にした発想をしがちです。日本の戸籍制度そのものは大化の改新のころからありますが、今現在持っている戸籍制度の直近の祖先は明治に作った住民登録です。明治政府が明治国家をつくったときに、最初に徴税と兵隊のために国民を把握しなければいけないというので、慌てて住民登録を作りました。それは文字通りの「戸」、つまり一軒の家ごとに記録して出来上がっています。明治初年の最初の戸籍は、屋敷番号ごとに戸主があり、その家に住んでいる家族がみんな——家族だけでなくお手伝いさん等も——入っています。「馬」や「牛」まで何頭いるか書いてありました。そういう戸籍が明治19年までの間に急速に整備されていきます。その過程は実に見事です。江戸期の武士階級が能力を磨いた官僚階層として存在していたのが違ったのでしょう、彼らが明治政府でその官僚としての能力を発揮し、現在の戸籍制度の基になるものを作りました。明治19年にはほぼできあがっていた原型の形が、現在の戸籍にもずいぶん生きています。家は建て替えられますから、当初の屋敷番号が地番に変更され、これが現在の本籍地です。さらに戸籍という住民登録を引っ越しの度に書き換えるのは面倒になり、やがて戸籍と別に寄留簿をつくり、本籍地の戸籍と別建てのものにして、寄留簿と戸籍との間には職権で必ず連絡がつくようにしました。その寄留簿が発展したのが現在の住民票です。これは非常にすごい、ほかの国にはない身分登録で、親族登録と住民登録と国民登録の機能を持っている完璧な制度です。コンピューター時代以降、先進諸国は国民の把握能力が相当に高くなっていますが、この時期では、日本の戸籍は、おそらく世界に冠たる国民の把握能力だったろうと思います。

日本では、私についての個人情報を得ようと思うと、水野紀子の名前と住所だけ分かれば、あとはあらゆる身分情報にアクセスできます。私が誰と結婚していて、どういう子がいて、どういう親の子供で、兄弟は誰で、兄弟はどこに住んでいて、親はどこに住んでいて、また私の弟嫁の実家がどういう親で、そこのご親族はどこに住んでいるか、みたいなことが全部トレースできます。それはもう完璧な親族登録の網の目のようなネットワークが戸籍上にできあがっています。出生届は母の戸籍に入りますから、親族登録の網の目に付属するかたちで行われます。そういう親子関係を明らかにしたくないという場合には、当然虚偽出席届のニーズが出てきます。

身分証書の国では出生届の意味が全然違って、子どもが生まれたという証拠書類にすぎません。だから、ある人間がある人間である情報へアクセスをするというのは非常に難しいのです。パスポートには **birth place** と **birth day** を書く所がありますね。

身分証書の国では birth day と birth place が分かったら出生証書にたどり着けます。それによってその人間がいるということが、アイデンティティが分かるのです。それ以外ではその人間のアイデンティティは分かりません。かつその出生届は、両親名が偽造でも匿名でも作ってしまうことが可能なわけです。だから匿名で出産することが可能です。母親が名前を隠して出生証書を作ることができるのです。

養子縁組の場合も、身分証書の国では、元の出生証書を新しく作り替えてしまい、元の身分が分からなくなることができます。出生証書へのアクセスが困難ですから重婚だって可能です。知らない兄弟がいたりするのは、身分証書の国では少なくありません。日本の民法は輸入物で、身分証書を前提にしてできている法典ですから、盲腸のように戸籍制度を前提にすると訳の分からない条文がいくつか残っています。

戦後の GHQ の占領下で戸籍の出生届にちょっとドタバタ改正がありました。GHQ はアメリカ人ですから、戸籍の出生届を理解せず、人口動態統計ないしは医師による出生証書作成のイメージでとらえました。昭和 21 年に「出生の届出は出生地、生まれた場所でやらなければいけない。死亡地でやらなければいけない。船の中で生まれてしまったときには、最初に入港した場所で出生の届け出をする」という条文を作らせたのです。これで混乱が起きました。里帰り出産をした後、夫の所で届け出ようとすると、そこでは駄目で、里帰り出産をした場所でないと受け付けられないということになるわけです。日本人の感覚では、戸籍を届け出るとするのは、親族の網の目のどこに入れるかということです。子どもが生まれたことの証拠書類を作らせる GHQ の感覚とは異なります。結局、GHQ の占領下ではなくなったときに、戸籍法を運営で緩めて、現行と同じ運用にしましたが、これも彼我の相違がもたらした興味深い動きでした。

この戸籍制度は民法の親子法に変容をもたらしました。戸籍には血縁上の親子関係が記載されるべきだという感覚が日本人には強くあります。民法典の定めるような法律上の親子関係という発想は、日本人にはもともとなかったのでしょうか。だから、戸籍が真実の血縁関係と違っているということになると、戸籍を訂正しなければならないと考えます。そうした場合、当初は役場に訂正の旨を届け出ればよかったです。明治のころは、長男だけ兵役免除だったので、他家に「長男」というかたちで出させてもらうことも少なくなく、やがて長男の兵役免除も亡くなると、出生届を訂正するとか、そういうことを当初は戸籍係で自由に受け付けていたのです。それが「裁判所の許可を要する」となり、やがて親子関係存否確認請求訴訟というドイツ法の概念が輸入されて、この訴訟によることになりました。

この親子関係存否確認請求訴訟というのは、血縁の親子関係が戸籍と違うときには、戸籍を修正するために親子関係を訂正できるというものです。この確認訴訟によって、民法の親子法は空文化していきます。民法は、認知・強制認知・認知無効・嫡出推定・嫡出否認という親子関係を設定したり争ったりする特別の訴訟類型をもっていたのですが、それはみんな親子関係存否確認請求訴訟で空文化されていきます。例えば「母の認知」という制度です。民法典の中には非嫡出子は父または母がこれを認知するという条文があります。母親が認知するとは一体何だろうと皆さん、お考えだろうと思いますが、これは出生証書の国の条文だからで、先ほど言った盲腸のところなのです。子どもの出生証書は、父親の名前も母親の名前も空欄で作ることができます。母親が匿名で出産したいと望めば、母親は空欄にできます。その子を母親が認知したときに、母親の名前が書かれることになるわけです。しかしこれは身分証書の国だからあり得る条文です。日本では母親の戸籍に出生届をするわけですから、出生届の段階で否認なしに母親の名前が明らかになります。だから、母の認知というのは意味がありません。最高裁は昭和37年の判決で「母子関係は分娩で当然発生する」と判断しましたので、この条文は解釈によって空文化しました。

ちなみに、確認請求訴訟は現在の法律関係だけしか対象にならないとされていますから「死者との間の親子関係は対象にならない」というルールが唯一の制限としてあったのですが、昭和45年の大法廷判決でそれも覆りました。それまでは、死者との親子関係確認請求の代わりに、兄弟関係存否確認請求訴訟とか兄弟関係不存在確認請求訴訟とかで同じことをやっていましたが、この大法廷判決で、死者との親子関係確認請求訴訟も認められました。

こうした空文化で、血縁上の親子関係と異なる法律上の親子関係という民法の概念はほぼ失われたのですが、嫡出推定のところだけは、わずかに残っています。「推定の及ばない子」という概念で最高裁は外観説を採っています。子どもが懐胎期に、外から見たときに夫の子ではあり得ないような状態——その段階でもう別居していたとか、夫は死刑囚で収監されていたとか——そういう状態だったときには嫡出推定は外れるけれども、その間に夫婦として暮らしていて妊娠する可能性があったということだと嫡出推定はかかるという点で法律上の親子関係を守っているのです。それ以外では、死後の強制認知が3年間しか提訴できないという制限はありますが、戸籍上に親子として書かれていても、血縁上の親子関係不在が立証されてしまうと親子でなく、戸籍が訂正されるというのが最高裁の長年の態度でした。

特に問題になったのは、藁の上からの養子です。日本の戸籍制度の下だと虚偽出生届が必然的に山のように出てくるわけです。未婚の娘が非嫡出子を産んでしまい、親戚の子どもがいない夫婦がもらってくれることになり、世間の手前、その養親夫婦の子として届け出るような、虚偽出生届による事実上の養子縁組を藁の上からの養子と言います。その子が実の子でないことは親戚の者はみんな知っているわけですが、何も言わないままその養父母が亡くなると、そのときに、その子の親子関係を否定すると相続できる近親者が親子関係不存在確認請求訴訟を提起します。この訴訟で親子関係が否定されて、相続財産を藁の上からの養子は奪われることとなります。それが長年続いていたのですが、平成18年になって初めて最高裁はこの請求を棄却しました。これも相続争いで最高裁が裁いたケースですが、親子関係不存在確認請求訴訟を権利濫用で封じました。

親子関係存否確認請求訴訟で空洞化されてきた日本の民法の親子法は、対立する法益の調整役としては、非常に不十分なものになっています。もとのヨーロッパ法のほうは、法律上の親子関係は血縁上の親子関係と違って法律が守るという前提でできあがっていますので、そこに生殖補助医療でできた子の身分を入れても割合大丈夫なのです。ところが我々の親子法は、戸籍制度がもたらした民法の変容のせいで、ある種の血縁主義の方向に一瀉（いっしゃ）千里に走ってしまったがために、生殖補助医療、特にドナーの生殖子を使った子の身分を守ることができないような親子法の体系になってしまっています。

そういう出来の悪い親子法を抱えながら、生殖補助医療によって生まれた子の身分を守ることをどうやって行っていくのかというのが、我々の今後の課題です。ともかく生まれたときの親のニーズは、実親子身分を子に与え、かつ、生殖補助医療によって生まれたという事実を隠したいということです。ただし、法律上の親子関係と異なる血縁を封印できるのは、親が法律上の親子関係を維持したいという意思と力をもっている間だけになってしまいます。親のニーズに合わせて取りあえず親の希望通りの身分関係をつくってやっても、親が自分の子ではないと言い出したときに、その子の身分は途端に奪われることになりかねないわけです。このときに、親が自分で希望して生殖補助医療を受けたのだからそれで生まれた子の身分を守らなくてはならないとしておいても、親は当然「生殖補助医療でできたから」と言わないでしょう。例えば、卵子提供で生まれたのに、「私の子ではなくて、お父さんがよそでつくってきた子をたまたま私の子だと届け出ただけ」などと言うでしょう。広く行われているAIDの場合も、夫婦仲が悪くなって父親が母親と離婚することになったら、AIDによってできた子だと言わずに、

両親が口裏を合わせて「行きずりの男と一夜の関係をもったのよ」ということで子の父子関係が覆される危険はあります。ただし AID の場合は、これからお話ししますように、母子関係と違って、嫡出推定という技術を使って子の身分を守ることができます。

親の血縁上の子でないということを立証するのは非常に簡単です。血液鑑定をすれば一発です。けれど、生殖補助医療によって生まれたことを立証するのは非常に難しいことです。子としてはそういうことを立証しないと自分の身分は奪われるので、生殖補助医療によって出生したことの立証責任が生ずるわけですが、その立証は簡単ではありません。そういうと、では生殖補助医療行為を完璧に登録すればいいという反論が加えられます。親は偽名を使っても何とか隠そうとするでしょうから、そういう完璧な登録ができるかどうかという問題があります。さらにそうすると子どもはその登録簿で事実を知らされてしまいます。知らされた子自身の苦悩というのものもあるはずです。やはりこれは原則として自然懐胎でできた子どもと同様な枠組みで、従来の親子法を適用して子どもの身分を守らなくてはならないと私は考えます。

AID の場合は、通常法律で守れます。AID の場合には、先ほど言った、嫡出推定についての外観説を最高裁は堅持していますので、その子がお父さんの子であるという身分は、お父さんが AID に同意をして子供を産んだ場合、一年間以内しか嫡出否認の訴えを起こせません。そして、AID で産んだ子についてお父さんが嫡出否認を起こすのは、たいてい思春期以降です。そのころにはもう訴えの提起ができないことになります。だから夫の嫡出子であるという身分は固まりますので、AID の子供は、妻が浮気をした子と同様の枠組みで守ることができます。そういうかたちで守れるように親子法を構築しなければいけないだろうと思っています。

それからアイデンティティと自我の形成の問題についても、一言、触れておきたいと思います。AID の子どもたちがカミングアウトして言い始めているのは、やはり血縁上の両親がわかっていることが自分のアイデンティティ形成にどれだけ重要かということです。自分が父親だと思ってきた男性が親ではなく誰かわからないドナーだったとわかって、アイデンティティが侵されたとき、足元が崩れるような苦悩を味わうそうです。「じゃあ、出自を知る権利だ」と一瀉（いっしゃ）千里に行ってしまうわけですが、AID 子の人々は「出自がわかれば解決するわけではない、そもそもこんな苦悩を抱える子をつくらないでほしい」と言います。

先ほど言いましたけれど、やはり子どもを育てる環境というのは非常に重要で、条件付きではない愛情が必要となり、そのためには子どもを育てる養育者を支える必要性が

あります。養育者支援が不十分で脆弱な養育者だと児童虐待が起きることもあります。例えばDVがあると、母親は脆弱な養育者になりますから虐待が起きやすくなります。子どもを育てる環境ということまで考えていくと、子どもをつくれればそれがゴールというものではないと思います。50代で卵子をもらってきたお母さんは、もう産んだ段階で疲弊していて、生まれてきた子どもを十分に育てる力がないとか、あるいは妙に子どもに遠慮があるとかいう場合があります。小児科医が見ていても何か変だと思うようです。すでに生まれている子を特別養子にするときも養親審査がありますが、育てたいという親のために子どもを作り出す生殖補助医療の場合に審査もないわけで、生殖補助医療って何だろうと思います。

ここで紹介するのは上野千鶴子さんのせりふです。何でも壊す社会学者の上野さんと、秩序が大事な法学者の私は意見が合わないこともあるのですが、このせりふは気に入っています。「産みたいときに産みたいだけ産む権利と能力を。産みたくないときに子どもを産まない権利と能力を。産めないとわかったときにその事態を受け入れる権利と能力を。そして、どんな子どもでも生命として受け入れる権利と能力を」。前の2つは、日本はもうほとんどクリアしていますが、あとの2つがまだまだ日本社会は目指さなければいけないところだろうと思います。

最近ニュースを騒がせている性同一性障害特例法も、実は私は気に入らないのです。GIDの人たちが抱えてこられたアイデンティティの苦悩が非常に大変なものであったことは分かります。マイノリティーの人々が自分らしく生きたいという権利を認める、そのために社会の仕組みを変えていくべきだという点では、私は異論なく同意します。

でも、GIDの夫がAIDで自分の子どもを妻に産ませ、それを嫡出子として受け付けてくれと要求しています。法務省は、戸籍上その夫は元女性だということが分かるので、彼の子でないことは明らかだから、夫の嫡出子として受付はできない、特別養子縁組は認められるという判断をしています。この法務省の判断をGIDの夫は「これは自分に対する差別である」「自分が男性として、夫として妻をめとることができ、その妻に子どもをもたせることができるというのは、自分の夫としての、男としてのアイデンティティを担保するために必要なことだ」と主張して訴訟になっています。

この件ではある新聞記者から取材を受けました。私は自分の専門分野については、マスコミにできるだけ協力すべきだという方針をとっていますので、お目にかかって相当に詳しく嫡出推定の仕組みを説明しました。AID子たちの苦悩も全部話をしたのです

が、その記者の記事は、そのようなマイナス要素を一切無視をした立場で、完全に彼を被害者にして記事を書きました。私はせめて両論を紹介すべきだと思ったのですが、記者のいいわけは、「やはり GID の人の気持ちを聞くと、その立場に立ちたいと思いました」というものでした。マスコミのワンパターンの限界を感じました。「弱者である被害者が差別を訴え、頭の硬い法務省と闘う」という構図が大好きなのでしょう。代理懐胎のときもそうでした。そのパターンに乗ったのだと思います。

性同一性障害特例法というのは議員立法で、出来が良くないと私は思っています。婚姻や親子関係という第三者と深く影響する問題について、ほとんど検討されていません。ここで特例法批判までする余裕はありませんが、少なくとも GID 夫の AID 利用だけは私は強く反対したいと思います。ヨーロッパ人権裁判所が 1992 年の判決で、性別変更を認めないフランス法を人権条約違反だと判断し、それを受けてフランス破毀院が判例を変更して性別変更を承認したことは、さかんに紹介されています。しかし 1992 年判決後もヨーロッパ人権裁判所は 2002 年まで GID のかつての同性との結婚を認めない法も条約違反ではないとしていました。親子関係については、ヨーロッパ人権裁判所は 1997 年に判断を下しており、こちらのほうは GID の AID 子認知を認めていません。親子法についてはこれがリーディングケースになっていますが、しかしこの判決はなぜか全然参考にされていません。議員立法の立法時には、犠牲者である GID の人々を救済するのだという単純な議論だけで、人権裁判所の 92 年判決はやたらに引用されたのですが、97 年判決は議論の過程でも一切引用されませんでした。

GID 当事者の希望と対立する法益が検討されていないように思います。いったん身体性の性で結婚したら、当然その配偶者になった人も結婚によって守られるべき利益が出てくるはずですが。「私は昔、男だった。それで妻と結婚した。だが私は、本当は女なのだ」と言って離婚して、女になりたいという。しかし、男だった私と結婚した妻はどうなるのでしょうか。いったん身体性の性で結婚したことの責任は、立法時には全然議論されませんでした。それから GID 夫は、「男性である自分は、不妊症の夫と同様に AID を利用して嫡出子をもつことができるべきだ、それができないのは差別だ」と言いますが、自分のアイデンティティを追求するために、他者の生命をつくることを手段にしているのでしょうか。私は疑問です。

医学の進展が可能にした要求はたくさんあります。不妊治療でもいろいろなことができるようになりましたが、長期的な予後の問題をあまり考えていなかったと思います。AID の問題も典型的にそうでした。子どもが大人になったときにどうなるのかという

ことを考えずにやってきました。また事実が先行して子どもたちが生まれてしまうとなかなか批判もしにくかったのですが、AID 子たち自身がカミングアウトしてくれて「私たちのような子をつくらないでほしい。AID を問題視することは、我々自身を批判することではなく、我々の尊厳を危うくすることではない」と彼らが言うようになったので、ようやく批判が言えるようになったのです。AID については、結論的には私は素人でもできる技術ですから止めようがないとは思っていますが、これから生まれてくる子どもの福祉を考えると、AID 希望者への慎重な説得とか将来の子どもの出自を知る権利への対応とか、AID を改めて問題にして考え直していく必要があるだろうと思います。それから、子どもはつくっておしまいではなく、子どもを受容して育てることの重さ、そこから子どもの長い人生の先までのことを考えなくてははいけません。法というのは共生の秩序なので、人々の幸福がトータルで損なわれないような秩序をどういうふう形成するのか、相当長期的な視野に立った立法が必要だと思います。

最後に、アマルティア・センの『アイデンティティと暴力』という本から引用します。

「一九三〇年代の残虐行為が、ユダヤ人であること以外のアイデンティティを思い起こす自由と能力を、ユダヤ人から永久に奪い取ったのだとすれば、長期的にはナチズムが勝利したことになるだろう」。GID である夫が子どもを妻に産ませることで得る男であることのアイデンティティを希求することだけに集中しているのを見ると、これまでの苦勞が、彼から、生まれてくる子のアイデンティティを思い起こす自由と能力を奪い取ってしまっているのではないのでしょうか。GID であることの苦惱が、そういう想像力を欠如させたのではないかと思います。子どもが欲しい、子どもが産めない「私って何だろう」と思ってしまう、そういうアイデンティティの思いが、それ以外のさまざまなアイデンティティを思い起こす自由と能力、想像力を奪い取るというのは不幸なことなのだろうと思います。ご静聴ありがとうございました。

<質疑応答>

質問者 1：希望があつてということだと思いますけど、根津先生は現実にどんどん進めていっていますね。

水野：根津さんが行われたのは、卵子提供だと姉妹の卵子をもらうようです。代理懐胎は、懐胎者は不妊の娘に代わってその母親、つまりおばあちゃんが妊娠出産を引き受けるのですね。根津さんは全部カミングアウトするかたちでやっておられます。代償とし

てお金が絡むことはできないという線は崩しておられませんので、近親者しかできません。妊娠・出産は命懸けですから、やはり姉妹だとなかなかそこまではできないでしょう。卵子をあげるぐらいだったらいいけど、妊娠・出産をするとすると自分の生活もあるし、ということになると思います。でも、産めない娘のために孫を産むことを、母親ならやります。それを利用されましたね。

質問者 1：法的にそういう場合は、特に問題はないのですか。

水野：法的には、先ほど言いましたように、禁ずる法律は成立していません。日本ではクローン禁止法以外、あらゆる生殖補助医療を禁ずる法律は成立してなくて、お医者さんたちが自律的に自主規制しているだけです。根津さんは自主規制を破ったのですが、彼のやったことは一切法には触れていない。根津さんがやって、それに追随してしまう人がでてきたら、一斉に爆発的にやられることになるでしょう。なにしろ儲かりますから。

質問者 2：具体的には、法律的には産んだお母さんが法的な母親で、そのあと養子縁組をやることになりますね。

水野：そういうことになります。だから法的に言うと、生殖補助医療自体を禁ずる法律はなくて。それで生まれてしまった子どもの親子関係をどう評価するかという部分だけが民法の世界に入ってくるのです。生まれてしまった子の親子関係をどうつくるかということと、そのような生殖補助医療行為自体を禁止するかというのは、一応論理的には別の話です。禁止立法はありませんから、たとえば、日本で大富豪がいて「俺の子どもたちを世の中にいっぱい増やしたい」と思って、「俺の子を産んでくれる人には 1,000 万円ずつあげる」と遺言して、凍結精子を死後までとっておくとします。遺言執行者が「確実にその精子で産んでくれて、子の親子関係が遺伝子鑑定で確認できた場合には 1,000 万のお金がもらえます」みたいなことを大々的にやっても、これは違法ではないことになります。何かどこかで規制できる法があればいいのですが。精子提供だけですから人身売買でもありませんし。契約自由とは言っても、公序則はかかりますから、子どもを産んだ側が「1,000 万円よこせ」と言ったときに、「それは公序良俗違反の契約だから 1,000 万円はあげません」ということは言えるかもしれませんが、「1,000

万円を進んであげます」ということになってしまうと、これはどうでしょう？ 規制は難しいですね。

質問者 1：もう一つ伺います。出自の問題ですが。例えば特別養子縁組がありますね。そういうときでも、恐らく初めからその家庭の子として、一切過去の母親を伏せて育てられているのですが。そういうことでも、今の出自に対してカミングアウトする子がいたときに、それはどういうことになっていくのですか。

水野：日本の特別養子は、戸籍の国ですので、欧米の完全養子とは違います。養子の戸籍の身分事項欄に、通常だと出生の事実と父が届け出たなどと書かれるのですが、審判で入籍と書かれてしまいますから、戸籍をみれば一目で特別養子だとわかります。そして戸籍をたどると実親はわかってしまいます。ヨーロッパの完全養子の場合、出生証書そのものを書き換えて元の関係を封印してしまいますので、そういう意味では本当に分からなくなるのです。ただ、日本の従来的一般養子と違うのは、特別養子では、実親との関係を切って、法律上の親子関係は養親との間にしかないことにします。一般養子は、実親との親子関係をつないだままですから、一般養子は、養子に行くと親が4人いることとなります。特別養子は、行った先の両親しか親ではないということとなります。だから、おばあちゃんが産んだ子をその娘が自分の特別養子にするとすると、その子の母は娘しかないことになって、おばあちゃんはや母親ではないこととなります。その特別養子の技法を根津さんは使っています。

質問者 1：今回この根津さんの特別養子縁組のかたちで産む方法では、子どもは、おばあちゃんとは全然縁がないかたちで進んでいくのですか。

水野：おばあちゃんが産んだという事実は、戸籍をたどれば分かります。けれど、法律上の母親はお母さんというか、娘しかいません。

質問者 1：その解釈が分からなかったのです。ありがとうございました。

水野：根津さんは、最近『AERA』にインタビュー記事を出されています。先月号ぐらいでしたでしょうか、『AERA』に根津さんの特集がされています。根津さんは「もう代

理懐胎をやめました」と言っています。その理由は、東日本大震災のせいだそうです。「わずかでも大きな被害が起きるリスクのあることはやめようと思った」と書かれています。

質問者 1：それだけずっと信念を持ってやってこられたのに、今まで医療を受けた人たちを否定することになりはしないですか。

水野：根津さんは、これまでも慎重だったとうかがっています。やはり万一事故が起きたら、彼のやっていることはそれみたことかとひどい批判を受けることになりますから。もちろんたくさん希望者が彼のところに押し付けてきたようではすけれども、本当に健康で、ものすごく大丈夫だと思われるおばあちゃんしかやっておられなかったようです。それでもリスクはある。今回、そのリスクをとることを止められたのでしょう。卵子提供については、姉妹間でやってこられて、それも強制にわたらないように慎重にされたのでしょうが、それでも彼のところで卵子提供をしたケースには、かなり高率で親子間や姉妹間でコンフリクトが起きているという話です。母子関係はとても大事です。子どもの忠誠コンフリクトも難しい問題で、例えば共稼ぎでおばあちゃんに育ててもらうことになる、両親への忠誠と、おばあちゃんへの忠誠とで、子どもは結構難しいのです。それのもっと深刻で根源的バージョンといますか、卵子提供の母と、産みの母と、下手すると育ての母もまた違うという世界になっているのは、忠誠葛藤が相当にきついでしょう。

母性は、強力です。もちろんみんなが母性本能をもっているわけではなく、児童虐待をすとか、いろいろな母親がいることは分かっていますけれど、でも、健康な女性だったら、産んでおっぱいをふくませたりすると健康な母性がぼっと燃えて発動するのが普通です。フランスには今でも匿名出産制度があります。未婚の母が自分の産んだ子だということにしたくないときにはそれを認めるという制度はあるのですが、匿名出産が認められるためには、細かい規則があります。なによりサポートが不可欠で、妊娠している段階からサポートをして、「あなたはこういう助けをもらって、育てることができるのです」という可能な手段を具体的にたくさん教えてあげます。母子支援も手厚いですし。それでも「嫌だ、私はこの子の母親になりたくない」というと、最後には匿名出産を認めてやるのですが、ただし、それは出産する前には絶対に契約してはいけないとされています。出産し終わって、一定の期間を育てさせて、初乳もやって、それでもや

はり嫌だと言ったときに、初めて匿名出産を認めます。たいていそこまでやると、「嫌だ」と妊娠中は言っている、生まれてお乳を含ませると赤ちゃんを離せなくなるのです。やはりそういうかたちで母性が目覚めるのですね。自分の卵子で妊娠し自分で分娩して母性が目覚めて、「この子がかわいくてならない」というお母さんその子に与えてやることは大事なことだと私は思います。だから、その母性の要素をばらばらと切ってしまうというのは、子の福祉に反するのではないかと思います。

質問者 3：先生の養子縁組に関するお考えを聞きたいと思います。出自を知れるかどうかという差はありますが、配偶子提供、胚提供でも養子縁組でも、子どものアイデンティティの問題や、片方は自分の本当の親ではないという感覚は同じではないでしょうか。コンフリクトが起こったときに、親側も子ども側もですが、血のつながりがないところに目を向けてしまうのは、養子縁組でも同じです。胚提供は養子縁組と一緒に、家庭裁判所の関与が必要ではないかと考えています。配偶子提供や胚提供に反対されていますが、養子縁組制度そのものはいかがなのでしょう。

水野：私はその2つは決定的に違っていると思っています。養子縁組というのは、既にこの世に存在している子のために我々ができること、最善のことをしようというものです。胚提供は、親のためにこの世に子供をつくることです。そこにはものすごく大きな断絶があると思っています。

質問者 4：慶応が AID をやりだしてから随分たちます。基本的に AIH は別にいいけれども、AID は駄目だという頭がずっと今まであります。AID は一人の精子だけではなくて、何人かで混ぜてやるわけでしょう。そうしたら、出自なんて全然分かりません。知りたいと思っても分かりません。そうしたときに子の立場になると、どこから生まれてどこで育ったのか、自分は本当に何なのだろうと。

水野：AID 子の方々は、苦しいみたいですね。非常に苦しいと伺っています。

質問者 4：苦しみますよね。こんな医療があってもいいのかなと思います。

水野：慶応が代表的に言われていますけれど、慶応以外にも今現在十幾つかあるでしょ

うか、かなり AID をやっているところがあります。昔はもっとたくさんところでやっていた。先日、東北大学病院のお医者さんと話したら、彼は、「我々はそんなことはしません、慶応とは違います」と AID を禁止すべきとおっしゃっていました。

でも、私は今、本務校の行政職に就いているものですから同窓会の年配の卒業生たちとお話をする機会が多く、簡単な講演や卓話をすることもあり、生殖補助医療の話は結構面白がって聞いてくださるので、その話をするところがあるのです。そしたら、そこで医学部出身の年配の卒業生が東北大学の医学部も AID をやっていたと証言して下さいました。「我々のころには散々やっていました。僕たちが学生のころ、終戦直後ですが、当時結構いい金になりまして。我々の間では『ザーメンバイト』と言っていました」と伺いました。医学部の学生がドナーになったそうで、ザーメンバイトの学生たちはだいたい三通りに分かれたそうです。「それだけは嫌だ。生活は苦しいけど、ザーメンバイトだけはやりたくない」と最初から拒絶するのと、一回やってみて実に索漠として懲りたというのと、「なんておいしいバイトだと思って、ガンガンやりまくる」という三通りです。今は近親婚のリスクも考慮され、一人のドナーからたくさん生まれてはいけないという上限規制がかかっているようですが、そのころは規制もかけていなかったでしょう。

質問者 4: 東北大学はそうかもしれないです。日本で初めての試験管ベビーを成功させたことと関係するか分かりません。そういう面ではすごく進んでいたのではないかと私は思います。

水野: その時代、戦地で負傷してできない男性というのもいたでしょう。とにかく患者はものすごく子どもが欲しいわけです。妻は、そのままでは子どもを産めない嫁として離婚されてしまいます。夫は、自分が原因で子どもができないことは誰にも知られたいと切望します。もう、ニーズはすごくある。でも、妻に他の男性と性交渉をしてつくってもらうというのは、やはり嫌なのですね。東北大学で AID でつくってもらうと、遺伝的にもいい子ができる、成績のいい子ができるということになっていました。そこへもって行って、ドナーの学生のほうはザーメンバイトで稼げるというのですから、お医者さんを止めるインセンティブは、どこからも働かないわけです。そういう時代にどんどんやられていて、最近になってようやく「いかがなものか」といわれた、それは、生まれた子どもたちが自分の苦悩を叫びだしたからです。

最初に言いましたように、妊娠分娩の過程という点では自然妊娠で、これは本当に no problem のものです。夫の同意の下でドナーの精子で妊娠するというのも、ある意味では昔からありました。つまり、フランスでもたとえば貴族階級の男爵である夫が残念ながら不妊だということになると、一晩だけ貴族仲間の若い男と男爵の妻が、夫公認の上でセックスをして、男爵家は跡取りを得るといようなことは昔からあったといわれます。その、ある種の亜流バージョンというか簡易バージョンというか、セックスを伴わないだけむしろましということで、制止すべきことだとは考えられなかったのでしょう。

今でも AID はどの国でも禁止していません。AID とそれ以外の施術の違いは、AID はあまりに簡単で、お医者さんが関与しなくてもできる、それも一つの線引きの基準かと思えます。それでも AID で生まれた子どもの苦悩があります。結論として、AID は禁止すべきかどうかと聞かれたら、私は、まあ仕方がなく認めるという立場です。ギリギリのところでは仕方がないかと思えます。お医者さんでなくてもできてしまうし、どうせやるだろうしというあきらめがあって。それでも希望者に AID のマイナス点をしっかり伝えて再考させたり、ドナーに将来の危険性を伝えたり、子がいつの日か求めてきたときに出自を知る権利を保障できるような手当てでは必要でしょうけれど。

それでは、GID の男性が「AID は私の権利だ」と言ってきたら、それは話が違うだろうと返します。AID を正当化するのもやはりギリギリのところですから、どちらに振れるかというのはいろいろな要素で決まってきます。AID で私が認めるほうに振れているのは、気付いてしまった AID 子はものすごい苦悩を抱えるけれども、数多くの AID 子たちは知らないまま生きていけるからです。戸籍上のお父さんの子どもだと信じて成長しています。その可能性が残されているということも、AID については肯定のほうに振れる大きな理由です。ところが、GID の場合にはその可能性はゼロです。元が女性の男性ですから、お父さんの子であるということ子どもが信じられる可能性はゼロです。それがやはり私を禁止のほうに向かわせます。

質問者 4 : AID だと、近親結婚が起こる可能性がありますね。

水野 : あります。

質問者 4 : 近親結婚というのは、案外そんなにしてはいけないことでもないのでしょうか

か。日本では3親等までとかいう話をしますが、そうしたときに、AIDだと分からないわけですね。

水野：分からないです。一定の割合で、AIDの近親婚が起きている可能性はあります。兄妹同士というのは似ているから、知らないと妙に引かれ合ったりするという説もあります。だから近親婚が起きている可能性はあります。

ただ、近親婚というのは謎が多く、最初に言いましたように、我々はインセスト・タブーと聞くとぞっとしますが、本当になぜ、どうしてぞっとするのでしょうか。遺伝的にマイナスだとか言いますが、大昔にはそんなことはわからなかったでしょうが、およそ有史以来ある禁忌です。血が濃くなって害があるからぞっとするのか、それとも我々の社会秩序が、そういうことをされてしまうとうまく回らなくなるからぞっとするのか。遺伝的に血が濃くなると異常児の可能性が増える故に我々はインセスト・タブーを持ったのではなくて、どちらかという、我々の社会生活がうまく営めないというところがインセスト・タブーの大きな理由ではなかったでしょうか。家族として生活している者の間では、公認されたカップル以外に性的接近の可能性があると、家族生活が営めなくなります。

インセスト・タブーの範囲は、国によって、民族によって、時代によってもものすごく違ってきます。例えば、日本では「いとこ同士は鴨の味」といっていとこ婚も認められています。いとこ婚なんていうと「けだものか」という感覚をもつ民族もいます。それこそお隣の韓国は、1997年に憲法裁判所の違憲判決が出て2008年に民法が変わっていますけれども、それまでは同姓同本不婚制度といって、非常に広範囲のインセスト・タブーが民法の条文に定められていました。姓と先祖の出身地である本貫が同一の者は結婚できないというルールです。同姓同貫といっても実際にはものすごく遠い関係で、限りなく他人です。ただ、自分たちの姓からいって、父方のどこかうんと祖先で一緒だったかもしれないレベルの話です。それでも法的なインセスト・タブーがかかっていたのです。

「それはどういう感じなのですか」と、私が若い頃、年上の韓国人で、日本で長く学者をしていらっしゃる親しいおじさまに聞いたら、非常に分かりやすい説明で教えてくださいました。著名な方なのですがあえて匿名で。「例えば、僕がバーへ行くとするでしょう。かわいいホステスさんがいて、気持ちよくおしゃべりしながらお酒を飲んでいる。ちょっと手かなんか握ったりして。ところが、何かの拍子で彼女が在日韓国人だと

ということが分かったとすると、途端にまず姓と本貫を聞く。自分と同じだったということになると、パッと手を放して、酔いも一遍に覚めて、気をつけて『申し訳ありませんでした』みたいな、つまり、実の妹の手を握っていたという感じになるんですよ」と。そういう感覚が韓民族の中にはあるのです。韓民族は儒教文化を本国である中国以上に強く持っている人々ですから、インセスト・タブーの感覚というのは、それで培われてきたものなのでしょう。祖先が同じならそれは一つの家族で、その関係ではそういうことをしてはいけないという感覚です。

インセスト・タブーというのも、実は知らなければそれほどのことではないのかもしれないですね。

質問者 4：例えば性暴力で、自分の兄弟、お兄さんが父親になったというのが日本であるのです。事例として、そういうお兄さんの子供を産むとか。

水野：ありますね。

質問者 4：その場合、戸籍というのはどういうふうになるのですか。

水野：日本の場合には、法律上はそれに救済の手段がないだろうと思います。近親婚になる関係ではそもそも結婚できませんから、嫡出子としては生まれようがありません。非嫡出子ですから、出産によって母子関係は確定しますが、父子関係は認知によって発生します。お兄さんが認知しようと思えばそれを禁止はできないのですが、普通は、積極的には認知しないのではないのでしょうか。フランスは法律で認知を禁じています。近親婚の関係にあたる場所では、認知が許されません。近親婚の関係にあたる両親の子も、一定の割合はもちろん生まれます。そういう近親の間にできた子であるということは、その子にとって非常なスティグマになりますから、そういう親子関係はその子にもたすべきではないというフランス法の考え方は妥当なように思います。

質問者 5：もし、例えば父親が認知しようという、子どもが小さいときは母親の同意が要るじゃないですか。

水野：胎児の場合だけです。

質問者 5：胎児だけですか。父親が認知しようというとき、例えば公序良俗とか権利濫用で阻止できないですか。

水野：誰が阻止するのですか。

質問者 5：母親か、あるいは法定代理人。

水野：戸籍は受け付けてしまいますよね。拒絶できないと思いますが。

質問者 5：悪魔君事件。あれは東京の八王子でした。

水野：あれは認知ではなくて、命名が問題になった事件ですけれど。市が受理を拒絶したのではなかったかしら？

質問者 5：違います、受けてしまったのです。受けて、それを決済し、上へ上げていったら「何事だ」といって、受けたものを再度駄目だといって「直せ」とやったのです。本当なら、通常は窓口で「この名前は駄目です」と拒否しますね。

水野：今は拒否しないでしょうね。

質問者 5：今はしませんが、当時は普通していたはずなのです。確かそうではなかったですか。受理はしたのですよね。

水野：認知届と命名はまた別の話だとは思いますが、とりあえず悪魔君事件の話をしますと、窓口は受付したけれど、最終的には戸籍事務は当時機関委任事務だったはずで法務省が一元管理するものですから、市が問い合わせ、法務省としては命名権の濫用で受理しないという態度をとったのです。しかしあれから訴訟になってしまいましたし、面倒だからというので、事なかれ主義で受理するようになっていると思います。

「DQNネーム」というのをご存じですか。「DQN」というのは、2チャンネル用語で「おばかさん」のことらしいのです。キラキラネームとかDQNネームとか言うら

しいのですが、親が自己満足でつける素っ頓狂なおかしな名前が増えてきています。乳児院見学に行ったときびっくりしました。子どもたちの名前がずらっと書いてある名札が、どれ一つ読めなかったのです。みんな見事にDQNネームなのです。産んだものの育てきれなくて乳児院に預けてしまうタイプの親たちがそういう名前をつけるようです。子どもの命名で階層分化があるようでした。皆が読めるような常識的な名前を付ける階層と、キラキラネームを付けて「俺の子供に世界で唯一の名前を付けてあげるぜ」というような階層と。

質問者 5：命名における親権濫用みたいな気は誰もしないのでしょうか。

水野：使って良い漢字を選んでいるのなら、拒絶の法的根拠がないということなのでしょう。

質問者 5：子どもが成長して、変えたいときに改名するしかない。

水野：そういう名前を付けたい人というのは、なんらかの鬱屈（うっくつ）を抱えている親たちだと言われています。でも子どもを親の道具にしてはいけない。生殖補助医療もそうですけど、親の道具にしてはいけないと思います。

話を元に戻しますと、やはり父親が娘の子を認知すると申し出たときに、窓口でそれを受理しないという通達はないでしょう。

質問者 6：私は人類学者なので、むしろそちらから付け加えます。人類学的には親子関係のつくり方というのはいろいろたくさんあります。例えば、先ほどのインセント・タブーであるのは、まず「いとこと結婚せよ」というのは多くの民族にあります。どうしてそうなのかというのは、基本的に社会秩序をうまく保つからと説明されるわけです。アフリカのスーダンのヌエル族というところに幽霊婚というのがあります。子をつくるために、死んでしまった人と誰かを結婚させて、実質はその親族や兄弟がセックスをして子供を産ませるけれども、法的には……

水野：死者の子どもですか？

質問者 6：死者の子どもです。あるいは不妊の女性が男として妻をもらって、実際にはその兄弟がセックスをして子どもを産ませるなど、いろいろな方法が制度化されているところがあります。

となると、先ほど先生が「アイデンティティの苦悩」ということをおっしゃっていますが、確かにザーメンバイトで生まれた子どもはアイデンティティの苦悩があると思いますが、ただ、本質的に父親らしき人が幾つかいるとか、ほかに父親のような人がいるかもしれないということが、人間の成長に悪影響を及ぼすとはやはり言い切れない。むしろ悪影響を及ぼしているのは、そのことを秘匿することを前提で育てていたからではないかと。さらにそのことを秘匿せざるを得ないようなかたちで、精子を採っていたからではないかと。つまり、前回のとき話になっていたのですが、例えばドナーは既に子どものいる人に限定する。つまり自分の子どもを持って、子どもをつくることの意味が分かって、それで他人に協力したいという人が、ある程度自分のアイデンティティも、子どもの将来に開示する用意があるというようなかたちで、ドナーが例えば限定されているような状況であれば、新たに出自を知ることの苦悩というのはかなり違ってくるのではないかと。そのことを前提に、親に出自を「あなたはD I で生まれたんだよ」ということを、ある程度の年齢から言う方向に外的に導いていくというような、全体的な制度として変えていけば、アイデンティティの苦悩というのは、D I で生まれたことが必ず苦悩を導くということではないのではないのかなと感じたのですが。

水野：人類学的な見地では、複数のお父さんがいるほうがいいという見解ですか。名付け親などにはそういう意義があるという構造主義の議論がありますよね。民族学的には、権威のある父親的な人が複数いて、具体的には、父親と、ゴッドファーザー的な準お父さんみたいな人が別々にいて、その両者の子に対するアプローチの仕方が違うという構造が広く見られて、それが子どもの成長にとっていいという説ですが。

質問者 6：複数であることがいいかどうかは分かりませんが。

水野：その構造主義の議論では、権威が複数いて、しかもその権威の間に矛盾があることが子どもを成熟に導くというのですけれども。でもそういう人類学の議論と、AID のドナーというのは、別の話であるように思います。

社会の価値観は相対的なものですし、歴史的にも変わってきます。奴隷制度の存在も

今でこそ否定されていますが、当然の前提であった時代も長かったのですから。父親が複数いてもよいという社会の価値観を今後作っていったら、その価値観によって AID 子が傷つかないようにしようという解決策は、たしかに論理的には成立すると思います。複数の父親をもつことで、子どもは成熟するのかもしれませんが。しかし AID 子の苦悩を軽減するために、そういう将来社会を目指した方がいいのでしょうか。私はそうは思わないのです。

質問者 6：成熟するかどうかは別として、必ずしも現在のような苦悩は AID に必ずつきものであるとは言い切れないのではないかと思います。というのは、現在の AID で生まれた人はかなりひどい制度の下で生まれています。ひどい状況の下で生まれているので、苦悩するのはもっともです。その苦悩をしないようなかたちで、出自を知る権利を前提として告知の仕方などを考えたり、ドナーの在り方を考えたり、変えていけば、必ずしもそのことが苦悩でなく、むしろそういうことを背負ってでも自分を産んでほしかった、子どもを欲しかった親に対する感謝の念というかたちで、いろいろポジティブにとらえられるという可能性もあるというか。そういう事例があるということを実際に聞いています。

水野：出自がわからない苦悩は大変に大きいようで、AID 子は出自を知る権利を主張しますが、それは出自がわかれば AID を肯定できるというものではないようです。苦しみがいくらか軽減されるだけです。私はどちらかといえばむしろ自分が AID 子であることを知らない多くの AID 子に出自を知らされない権利を保障することのほうが必要に思います。また、『『そこまでして望まれたのだからいいじゃない』という言葉ほど残酷な言葉はない』と言う AID 子もいます。

質問者 5：法律学者というのは、トラブルが起きる可能性、それが特に弱い者にリスクがあるというときに、そういうリスクを極力少なくしたいと思うのです。「利点もあるから、一方で欠点があるのも仕方ないでしょう」ということを我々はできない。むしろ、こういうリスクが起きるのであれば、それを完全に遮断するか、あるいは極力そういうことが起きないようにというふうに考えます。まさに分野の違いなのかもしれません。

AID のほうは、親の思いがどうしても前面に出てきます。生まれてくる子どもがどうかたちで育っていくのかということについて、恐らく親は子どもをつくる段階にお

いては「子どもが欲しい。生まれてくる子どもについては絶対最後までかわいがって育てる」と考えます。でも、例えばその夫婦が離婚したり、その子がだんだん成長して非行に走ったりすると、自分たちの本当の子どもだったらこんな子には育たなかったとか考えます。

先ほど民族的なことを言われましたけれど、狭い社会で昔からずっとそういうかたちで社会の形成をされているところでは、リスクはある程度回避できるかもしれないけれども、ものすごくたくさんの人たちが法制度を利用して、価値観も違えば、経済状況・社会状況・社会的な地位も多様な社会では、単なる親の欲求とか予測に我々法学者は期待することはそもそもできません。

質問者 6: しかしむしろ現在の AID の制度こそが、より苦悩の問題の起きる可能性を残しています。

質問者 5: だからそれを何とかしたい。もう既に生命を得た子どもは保護すべきです。もし AID に走ろうとする人がいるならば、「こういうリスクがありますから、なるべく皆さんそういうのには走らないで、より良い親子関係、例えば養子縁組をするとか、もっと別の方法で子どもを育てることをいろいろ考えてください」ということを我々民法学者が考えるべきなのです。

質問者 3: でも、少し違います。やはり不妊ということが差別の対象になったり、離婚原因になったり、本当の親ではないということがいじめの原因になったりという社会を変えていくためには、制度を広げる必要があります。今もそれが原因で離婚する確率は決して少なくない。

質問者 7: 2パーセントある。

質問者 3: それがみんなカミングアウトできるようになったらいい。私が子どもの頃には「あの家庭は片親だから、離婚したから」という差別、偏見がありました。そういう社会を変えていくために制度をつくる。それを使いやすく、あるいはその差別をなくす方向での制度設計を積極的にするのは一つのやり方だと思うのですが。

質問者 5 : 私たちは否定するわけではないのです。カミングアウトを別に否定するわけではないし、そういうことができるような社会になればいいと思っています。しかしそういうことを保障するような制度が逆に何もない段階で、既成事実から認めるということには賛成はできない。

質問者 3 : そうではないです。むしろ家庭裁判所を必ず介入させるという方法を、多分、憲法学者などは想定しているのではないかと思います。

質問者 5 : 私は家族法のほうは専門ではないですけど、あまり家庭裁判所に多大な期待をするのはどうでしょう。

質問者 3 : 私は今の生殖補助医療には、全面的に賛成というわけでもありません。一応申し上げておきます。

第 18 回 研究会

日時: 2012 年 9 月 8 日(土) 14:00-16:00

場所: 東京大学本郷キャンパス 医学部 3 号館 N101 教室

大野和基 (国際ジャーナリスト)

「卵子提供の功罪、特に商業化という罪」



1. はじめに

自分の国ではできない治療を求めて外国に行く、あるいは、日本で卵子提供を受けるのがほとんど不可能であるから海外で治療をうける。これを生殖ツーリズムといいます。地中海に浮かぶ小さな島キプロスは、今は世界の卵子提供の都です。ウクライナやロシアから、女性が卵子を売りに来ます。殆どが白人です。アメリカ人や、ヨーロッパ人は白人を好みますから、いくらでも売れます。しかも、受精卵の段階で着床前診断をすればすぐに男女が分かるので、性選別も行われています。1人目男の子、2人目男の子、3人目はどうしても女の子が欲しい場合、女の子を選びます。仲介する旅行代理店は観光とセットでこのようなサービスを行っています。

卵子や、実際に産まれてくる子どもは完全に商品です。しかし、子供が原因不明の病気をもって生まれてきたり、代理母や卵子提供者が癌などの病気になったり、それが原因で死ぬという問題が起きています。さらに、皆さん御存じのように、日本人がインドで頼んだ代理出産で、産まれた子供が無国籍となり、パスポートが発行されないという問題がありました。子供の自己の出自を知る権利という点からも問題があります。子供

は遺伝上の親が誰であるか分かりません。依頼者である親から見れば、子どもが生まれてくればそんなことはどうでもいいのです。子どもに、いくら告知するように言っても、なかなか納得してもらえません。さらに、エージェントの情報提供が担保されていないという問題があります。ハーバードをはじめとしたアイビーリーグの学生で、SAT(注：大学進学適性試験)で満点をとると、突然卵子の値段が5倍になったりします。しかし、本当にSATで満点をとったのかどうかは分かりません。このように生殖ツーリズムには様々な問題が存在します。

2. 市場の道徳的限界の問題

ハーバード大学のマイケル・サンデル教授に生殖補助医療について取材したことがあります。「卵子提供や精子提供、代理出産についてどう思われますか。お金で買うべきではないと言う人もいますが、あなたはどう思いますか。インドのように外注するというビジネスもありますが、あなたはどう思いますか」という質問をしました。サンデル教授は「それは社会的善と社会正義に関してお金が果たす役割の問題の視点から考えるべきであると」応えています。「本当に自由な選択だったのか」つまり、「お金がないから、それによって自分の決断が強制されていないか」。お金がない状態で、あなたの子宮を一度貸してもらえば1万ドル払うという場合、その決定は自由な決定になっていません。もし、彼女が普通の生活ができていれば、まず考えないでしょう。私が今まで取材した代理出産の人も、卵子提供者も、皆お金がない人です。お金がある人はやりません。保険はないし、高いし、保障がないですから、お金がない人は頼めません。1回卵子提供しても子どもができる保障はありませんから、5000ドル程ですむか、10,000ドルか20,000ドルかかるか分かりません。保障がないのにお金を費やすことは、お金があまりない人はできません。だから依頼をする人はお金持ちです。一方で、卵子提供する人は、やはりお金はありません。

「ロサンゼルスに住んでいる日本人留学生の中には、授業料が払えなくて卵子を売って払っている人もいるが、どう思うか」とサンデル教授に聞くと、彼は ” I think this is troubling and objectionable.” と言っています。英語の ” troubling” は、「本当に頭を抱える」という感じです。 ” objectionable” は、「聞いただけでも不快だ」という意味です。その上で、2つの理由を挙げています。 ” It’s taking advantage of economic pressures.” つまり、「やはり、相手にお金がないから、卵子提供はどうですかと言っているのではないですか」と。親から送ってもらったお金は遊びで使って

しまい、「もう1回授業料を送って」と言うのは躊躇されます。ロサンゼルスは、ご存知のように遊ぶ所は沢山ありますが、それにはお金が必要です。遊ぶ所も近くにあるし、きりが無いのですが、留学生の中には遊んでばかりいて、日本人同士集まって英語がまったくできないまま帰ってくる人もいます。アメリカでやったのは、ただ、卵子を売っただけ、そういう人もいます。もう一つの理由は、” **But more than that, it can be a form of disrespect for the dignity of women.**” つまり、「女性に対する尊厳を損なうものである」と。お金がなくなるとどうなるか、あれば普通絶対に考えもしないことまでやるようになります。あまりない状態でもよくないのです。普通の生活ができなくなり、精神的に維持できなくなります。とにかく生きていけないといけなないので、もう何をやってもいいと思うようになります。今日食べるものもない状態になったときに、卵を1個売れば6,000ドル入ってくると分かれば、卵子提供をやる気持ちが出てきます。そういう状態につけ込んでいるのが卵子提供のエージェンシーです。

エージェンシーに連絡をしてくる人は、授業料を払えない、あるいは車が欲しい、クレジットカードの借金があるなど、ほとんどがそういう人です。十分にお金がある人は、連絡してきません。何千ドルのお金に魅かれることもありません。毎月の生活が苦しいという人も連絡してきます。そのときに、エージェンシーは卵子提供にともなう健康上のリスクのことを、重要なこととして明確に説明しません。

3. エージェンシー(仲介業者)の問題

「私の卵は6,500ドル」と書かれた資料を見てください。6,500ドル、高いですね。6,500ドルと聞いただけで、魅力的な額です。2枚目は、去年、『AERA (アエラ)』の11月14日号に私が書いた記事で、アメリカのロサンゼルスと、サンフランシスコで取材したものです。卵子提供を実際にやったアメリカ人と日本人にもインタビューしました。

「卵子提供、一人でも多くの人を助けてあげたい。見つけた、今の私にできること」という広告が日系新聞に出ています。ここに、「7,000ドルから」と書いてあります。その7,000ドルという数字を見ただけで、「これで1学期の授業料が払える」とか「これで車を買える」などと思います。

もちろん卵が売れないといけませんから、当然、いかにして自分の卵を売れるようにするかがかなり重要になってきます。単に登録するだけではだめです。卵子提供をして

ほしい夫婦は、カタログを見ながらかわいい子を選び、学歴などを見ます。そのときにエッグドナー登録フォームが重要となってきます。エージェンシーによってはかなり細かいものを使用しています。

ある提供者は、自分の名前は嘘をつけないにしても、小学校や中学校で得意不得意のところは自己申告だからうそがつける、と言いました。数学が得意と書いても、数学のテストはありません。いかにして自分の卵が買われるか、と考えた場合、得意のところは嘘がつける、と言ったのです。私に話してくれた卵子提供者は、どの部分で嘘をついたか具体的に教えてくれませんでした。「こんなこと、本当のことを書く人いるのかな?」と言っています。だから、成績などは嘘をついているのでしょう。依頼する夫婦は学歴や成績を見ますね。かわいさが同じなら成績を見ます。人によって選ぶ基準は違いますが、やはりそういうところを見ます。

さらに、卵子をこれから提供しようとする人に渡す情報と、クライアントに渡す情報が違います。どう違うかというと、例えば、卵子ドナーは、感染症などの血液検査は全部していますから大丈夫だと依頼してくる夫婦には言います。実際に卵子提供した人がそれほどの検査をしたかという、していません。クライアントには、これだけの検査をしているから大丈夫だと言っても、実際には卵子提供者は検査していないのです。そこに情報の食い違いがかなりあります。

サービスを売る側と、サービスを受ける側の情報の違いはかなりあります。ホームページを見ても、卵子提供者用に書いてある情報と、卵子提供を受ける側は、よく見ると少しずつ違います。悪いことは書きません。「副作用があります」と書いても、それこそルーペで見ないといけないぐらい小さく書いてありますが、それで死にかかった人の話は書かれていません。3～4年前の排卵剤では、副作用で死んだ人、あるいは子宮を取ってしまう人は、実際に30～40%いました。かなり高い率です。10人中3～4人にそれだけの副作用があり、実際に子宮を取ってしまうと、当然二度とできません。

4. 子供の自己の出自を知る権利について

今問題になっている、子供の自己の出自を知る権利についての話に移ります。出自を知る権利は、遺伝学上の親のフルネーム、どこに住んでいるか、どういう職業かを全て知ることです。いずれは情報網にアクセスできるようになるでしょうが、今はできません。出自を知る権利が確立していないのに、やっているのは「赤ちゃんが欲しい人がいるから」、それだけです。その権利がまだ保障されていない間に、精子提供も卵子提供

もどンドン続いています。

告知して、誰が実際の提供者であったのか、フルネームも住所も本当に全部分かる。それを提供された人に渡して、初めて出自を知る権利が守られると思っています。ただ単に、「あなたはこう生まれてきました。提供を介して生まれてきました」というのは、出自を知る権利にはなりません。しかし、この自己の出自を知る権利は、まだ卵子提供エージェンシーでは十分に考慮されていません。選択制になっています。将来コンタクトしてもいいかどうかの項目があり、そのときにまた気持ちを変えることもできます。そのときにコンタクトをしてもいいと今丸をつけても、実際にコンタクトされたときに気持ちが変わってもいいのです。しかし、それでは、まだまだ甘いのです。そのときに気持ちが変わったから、やはり会いたくないと拒否できます。それは、私はだめだと思っています。

最近、日本でも提供精子で生まれてきた子どもが声を上げるようになりました。私は日本以外ではニューヨーク、イギリス、オーストラリアで、実際に提供精子で生まれてきた人に会いました。話を聞いたら、国籍も肌の色も関係なしに、全員に共通するのは、「このようにして生まれてきたくはなかった」ということです。皆途中で告知されています。二十歳のときに告知された人もいるし、5歳で告知された人もいます。

41歳で告知された人もいます。彼女の場合は、子どものときに、「あなたには秘密がある」とだけ言われて、お母さんと別れた後、41歳になったときに手紙がポツンと来て「実は、あなたはお父さんと血はつながっていません」と一言書いてあったそうです。目の前で言われたのではなくて手紙一つです。彼女に会ったら、「許せない」と、取材が始まる前から怒っていました。目の前で言われたのではなくて、手紙でポツンと来たからです。それは卵子提供でもまったく同じです。これほど重要なことを手紙だけで済まそうとするのは許せません。

子供の出自を知る権利は、まったく無視されています。大きくなったときはもう遅いのです。「人間として生まれてきたことをありがたく思いなさい」と言われても、「嫌です」と取材したみなさんに言われました。5歳のときに告知された人からも言われました。

それと同じことは、卵子提供についても言えます。自分の、本当に生物学的につながっている親を知りたいと思うのは当たり前で、それがまったく保障されないまま、どンドン進んでいます。実際に提供精子で生まれた人に聞くと、この気持ちは、経験しないと分からないと言われますが、自ら進んで経験できるものではありません。卵子提供で

あっても精子提供であっても、自分の遺伝上の親がわからない状態が永久に続くことを想像すると、やはりぞっとします。

提供者に実際に会うのが一番いいと思うのですが、今はほとんど告知しませんから会いようがないのです。実際に遺伝上の親に会った人の話を聞きました。オーストラリアで私は、精子提供で産まれてきた女性に話しを聞きました。彼女は二十歳のとき、親が離婚しかかったときにその事実を教えられて、「私の本当のお父さんを知りたい」と、地元の新聞にトップ記事で記事が出ました。それを讀んだ遺伝上の親から連絡があり、見事に会いことに成功しました。そうすると、やはりホッとしています。

自分が卵子提供で産まれたことや精子提供で産まれたかは、告知されなければ分かりません。だから、告知を義務付けて、提供者に会うシステムを作らないとだめです。それを作るまでは、一時的に全部ストップすべきです。オーストラリアのヴィクトリア州は1988年7月1日以前に提供配偶子、つまり提供卵子や提供精子で産まれた人は、ドナーに関する情報のアクセス権利はありませんが、1988年7月1日から1997年12月31日の間に産まれた人は、ドナーが同意すれば情報を開示します。1998年1月1日以降に産まれた人は、無条件にドナー情報にアクセスできます。2008年を通り、2010年から施行されている、生殖補助医療規制法(Assisted Reproductive Technology Act)という法律があります。2010年1月1日以降に提供配偶子、つまり卵子、精子、それから提供胚、受精卵で産まれた子どもの出生証明書には追加情報があると書かれています。

16歳になると親の許可なしに自分で出生証明書を入手することができますが、そのときに追加情報があることが書かれています。遺伝上の親は、提供者の登録にあるから自分で調べられることになっています。親がいくら隠していてもばれます。これを日本に当てはめると、提供精子で産まれたとか提供卵子で産まれたと、記入するのと同じです。遺伝的につながっている親の名前、仕事など、全部がインターネットでアクセスできるようになっています。

でも、実際には勝手に会いにいきません。相手も家庭がありますから大変なことになります。お互いにカウンセラーがついて、カウセンリングを受けた準備万端の状態です。それを分かって提供しますから、後から会いたくない人、コンタクトされたくない人は、たいてい提供しなくなります。この制度をそのまま取り入れて、戸籍謄本に必ず書くなど、日本用に修正すればいいだけです。同様のレジストリーでマッチングがきちんとできるようにします。遺伝上の親のフルネームも分かるし、会いに行ける。そういうシステムを作らないと駄目です。会いに来られたくない人は、提供しなければい

いのです。それを言うと、提供する人がいなくなるのではないかという反論が出てきますが、提供者がいなくなったら、やめればいいのです。

精子は医学生がドナーになることが多いのですがどうでしょう。医学生に、将来コンタクトされるかもしれないと言うと、その医学生はやらないかもしれません。でも、卒業してきちんと家庭を持ち、子どもを持ち、家庭というものがどういうものか分かっている人が提供するようになれば、それはまったく異なります。提供者の種類も変わり、年齢も当然上がります。やる意味が分かって提供することになります。

5. 子供の健康上のリスクの問題

精子提供で生まれた子供の中には原因不明の病気をもって生まれてくる子がいます。今でも言われていることですが、20年後、30年後の追跡調査で子供が大きくなってから、発育・発達、脳の発達が遅かったと言われても遅いのです。

加藤英明さんという精子提供で産まれた医者が、精子提供のことを「壮大な社会学的実験」と言っています。20年、30年たたないと結果は出てこないから、そう言ったのです。薬なら、今この薬ですぐに治れば、当然その薬で効果があったことが分かりますが、生殖医療の場合、20年後、30年後、おかしいことがわかったらどうするのですか。そのリスクを説明しても、やはりやる人はやります。

毎日新聞の記事の中で、野田聖子さんが「なぜ、そこまでして産みたかったのか」ときかれています。彼女の答えは、「ただ欲しかっただけ」でした。この答えに全てが出ています。不妊治療している人は、子供の自己の出自を知る権利について、考慮しません。精子提供で産まれた日本人女性は、お母さんが亡くなる前に問いただしたことがあります。お母さんは、「ただ子供が欲しかっただけ」と、ひと言言って亡くなったそうです。自分がアイデンティティのことで、どれだけ悩んでいるのかは、親からみれば一切関係ないのです。

ご存じのように、野田聖子さんの子どもは満身創痍で生まれてきました。彼女自身は、出産した2日後に子宮を取っています。「卵子提供や高齢出産が息子さんの障害の原因という誤解を受けましたね」との質問に、「医師の皆さんは、高齢出産や卵子提供とは関係ないと言っているのですが、まだまだ誤解する人や批判する人は多いですね」と毎日新聞で応じています。しかし、これは関係あると思ったほうがいいです。

なぜかという、理由は読売新聞の中林正雄さんの記事にあります。「他人の卵子であること自身が、妊娠・出産の危険性を高めることは、提供を受ける女性にも、医療現

場でも、あまり知られていない。卵子も精子も他人のものなので、妊娠が成立する段階で排除しようとする免疫の働きが強くなり、母子ともに危険が及ぶ妊娠高血圧症候群や胎盤の異常などを起こしやすくなると考えられている」。つまり、医学的リスクはあるのです。野田さんは、「それは関係ない。自分が子宮を取ったことや、子どもが満身創痍であることは関係ない」と言っています。知らないわけだから、関係ないと言う医者もいるかもしれません。まだ長期的な調査がなされていませんが、そういう調査結果が出ていないときは、リスクはないと思うよりも、リスクはあると思ったほうがいいのです。リスクがないと思って育てて、20年、30年たってリスクがあると分かって、そのときはもう遅いのです。だから、普通はリスクがあると思ったほうがいいのです。

6. 卵子提供者の健康上のリスクの問題

『AERA』に書いたアメリカ人の女性の場合は、論文を書いているときに、大学を卒業するのにあと3,000ドル必要だったのですが、その3,000ドルを送ってくれと親に言えなかったのです。カンザスの町に住んでいるときに、「卵子を提供すると3,000ドル」という広告を見ました。彼女は卵を1個売ったら、死にかかりました。その死にかかった状態はすごい状況です。

「翌週再び激痛が走って病院へ行くと、右側の卵巣がねじれて卵管と絡み、グレープフルーツ大に腫れ上がっていた。即手術。二つあるうちの一つの卵巣を切除した。たった3,000ドルのために、こんなに苦しむなんて、と後悔しました」とあります。しかも彼女の場合は、その後がんになっています。「それだけでは終わらなかった。5年後には両方の乳房ががんになり、切除せざるを得なかった。乳がんの家系でもないし、乳がんの遺伝子検査もしましたが、遺伝子異変は見つかりませんでした。原因として考えられるのは卵子提供しかありません」とあります。アムステルダムのある教授が言うには、「卵子提供による長期的な影響はまだ分からない部分が多いが、排卵誘発剤を使った女性は、そうでない女性と比べて卵巣がんにかかる長期的なリスクは2倍」という結果があるそうです。もちろんこれは、まだまだ検証する必要はありますが、少なくとも癌になりやすいということは言われています。例えば、原子炉がある半径1キロ以内に住んでいるから、がんになりやすいかということ、今は分かりません。でも、30年間ずっと調べると、明らかに増えています。そこに原子炉があるからという因果関係を突き止めるのは、疫学的調査をやっても、ものすごく難しいのです。具体的にどう証明するかは、統計しかありません。でも、わかってからでは遅いのです。



7. 代理母の健康上のリスクの問題

インドにおいて、代理母になった女性が途中で亡くなり、赤ちゃんだけが助けられたという報道が今年に入ってされました。1カ月早い早産でしたが、帝王切開で子供は助かりました。しかし母親は亡くなっています。

代理出産をして亡くなった人の母親にインタビューしたことがあります。何年たってもその怒りは消えないと言っていました。お母さんにお金が欲しいと言えなくて、小さな広告を見つけて代理母をやり、赤ちゃんを産む2カ月ぐらい前に心臓麻痺で死んでしまいました。この場合、彼女も赤ちゃんも亡くなりました。そのあと、斡旋業者はポイ捨てでした。彼女の場合、一銭も渡さずに、ごみのように捨てられました。同じようなことが他にも起きています。聞いただけで腹が立って腹が立って仕方ないですが、怒りを抑えながら取材を続けています。

以前取材した、向井亜紀さんの代理母をしたシンディーさんは子宮破裂しました。1人目が向井さん、2人目が日本人ご夫婦、3人目のカップルで子宮破裂しました。なぜ破裂したかという、毎回帝王切開するから、当然、健康上のリスクは高くなります。取材は拒否されましたが、本人は、もう子どもはいるから子宮破裂してもいいと思っていないと思います。

何事をするときもリスクがあります。私も世界中に行きますが、まだ戦地に行ったことはありません。戦地に行かない理由も、それは分かるでしょう。行った人はもちろん偉いですが、行かない理由はあるし、それはどれだけリスクを取るかです。

8. 高齢出産の問題

坂上みきさんが、53歳で妊娠しました。おかしいと思いますが、それ以上詳しく調べようとしても彼女は何も言いません。これだけ聞いたら、「私も50歳でも大丈夫」と思ってしまいます。野田聖子さんもそうです。彼女が子どもを産んだときに『AERA』にも書きましたが、「50歳の私にもできますか？」と、ロサンゼルスの子供提供のエージェンシーに電話が殺到しました。ほとんどできないのに、できるとしてしまう人がでできます。

アメリカで卵子提供を受けたあと、そのことを言わないで日本のクリニックに来る人が多いです。話していると、どうもおかしいので、途中で卵子提供を受けたことを言う人もいます。卵子提供だと自分の卵子を使っていないわけだから対応が変わります。でも、なかなか言わないのです。本当は正直に言わないと、医者も困ってしまいます。一番肝心なところを隠しているわけですから。自分の卵子か人の卵子かで全然違います。どう考えても53歳はおかしいのです。カルフォルニアで卵子提供を受けましたと言うべきです。言わないと、正確なデータ収集はできません。医者にとっては、言わない人は、疑ったままになり、正確な情報ではないわけですから、データに入れることもできないのです。もし本当に卵子提供だと分かって対応していれば、データに入れることができます。国全体というか、一般のことを考えると、医者のためにもほかの人のためにも、追跡調査のためにも全部正直に言ったほうがいいのです。

9. おわりに

私がアメリカの医学部に行ったのは1981年で、まったく今の医学とは違います。ICSI（注：イクシー。顕微授精のこと。「卵細胞質内精子注入法」といい、顕微鏡下で精子と卵子を受精される方法）などはないし、体外受精は1978年からだから、まだ十分に定着していないし、全てが実験段階でした。脳の検査にしても、MRI（注：核磁気共鳴画像法）、f-MRI（注：MRIを用いて脳や脊髄の血流動態反応を視覚化する方法）もありませんでした。

やはり自分は医学に向いていないと思って2年で辞めました。ジャーナリズムの世界で生きていこうとは、そこで思いませんでしたが、この世界に入ったら面白くて、辞められなくてこのまま来ました。特にその中で印象的だったのは、皆さんご存じの、1987年のベビーM事件（注：米国で起きた事件で、代理出産を行った女性が子の引渡しを拒み、養育権を求めたことから裁判になった事件）です。

精子提供で実際に産まれた人と話すことができないかなと思ったら、最近になって急にできるようになりました。状況が変わると想像していた方向と違う方向に行ってしまう。やはり経験した人に直接話を聞くしかありません。今は卵子提供に興味があります。卵子提供はまだ新しいから、卵子提供で産まれた人が、まだ大人になっていないのです。大人になったときにどうなのか、精子提供と同じような悩みを、間違いなく持ちますよ。実際に精子提供で産まれた人を、アメリカで何千例と調査した中で、7割の人は「嫌だった」と、言っています。後から遺伝学上の親に会った人も、そこで新しい家族関係を作った人もいます。しかし、今までのアイデンティティーの空白はある程度埋まっても、自分が提供精子で産まれた事実は消えないから、それをずっと持ち続けるのです。自分と結婚する人も、その子どもも、永久に続きます。自分が関係ないと思ったら大間違いです。もしかしたら結婚した相手が、自分も知らずに提供配偶子で産まれた人かもしれません。結婚した後に、子どもが産まれて、初めて突然親に教えられてびっくりします。今まで自分の親だと思った人が違ったのです。自分の子どもからみても、アイデンティティーの一部が分からなくなるわけです。それでもものすごく悩む人もいます。

だから私は反対するのです。実際に精子を提供した人で、今猛烈に反対している人が、先ほど言ったオーストラリアの人にいます。実際に会ってきました。彼の精子でできた人と新しい家族関係ができていますが、それでも反対します。ややこしすぎるのです。このようなややこしい家族はもういないそうです。でも、もう自分はその事実は消すことはできないから、一緒に生きていくしかないのですが、ほかの人には絶対勧めないと言っておりました。

その彼も、どんな時代に精子提供で産まれた人も、全ての情報にアクセスする権利を持つべきだと主張しています。

つまり、匿名で精子を提供するという約束はあっても、今は匿名よりも子どもの福祉の方が重要だということです。英語で言うと **well-being**、日本語にはものすごく訳しにくいですが、**well-being** は、人間の精神的・肉体的な、今満足している状態、充実している状態を全部含めています。

オーストラリアのヴィクトリア州では、「私は匿名を約束されて提供しましたからコンタクトしないでください」という、拒否権があります。匿名を約束されて提供したのに、突然だめと言われるのは、やはりだまされた感じになります。だから一応昔提供した人には拒否権はあります。

もちろんカウンセラーによる十分なカウンセリングがされた状態で、お互いの家族が破

壊されないように教えられます。そういうシステムがきちんとない状態で、日本人は今
どんどん海外へ行っています。

日本の場合はそこまでお金は動いていないけれど、少なくとも日本人がカルフォルニア、ロサンジェルス、タイ、キプロス、にツーリズムをすることで、莫大なお金が動いています。そのビジネスを見ていると、止めようがないから本当に嫌になってきます。それこそシリアで亡くなった山本美香さんではないですが、私には報道を続けるしかないのです。ただど一人一人をつかまえて、「やめてください」と言えません。私がカウンセラーのライセンスを取って、カウンセラーとして「やめてください」と言うのも変ですから、子どものことまで考えて、1人でも「やめよう」という気持ちになるよう、執拗に報道をし続けるしかありません。

不妊治療は夫婦間だけにしてほしいです。他人のおなかを使う、他人の精子を使う、他人の卵子を使う、その一線を越えることはかなりハードルが高いのです。そのハードルを越えないでほしい、夫婦間だけでやってほしい、それが私の希望です。それを言うと、何十億ドルというビジネスが成り立たなくなるので、訴えられることもあるかもしれません。



<質疑応答>

質問者 1: お話の中で、卵子提供をする医療行為を、一部でも保険対象として実施している国はあるのでしょうか。

大野: オーストラリアでは年齢制限がありますがやっている州があります。フランスは、

42 歳までの年齢制限があって保険が出るのもあります。年齢制限はあった方がいいと思います。年齢制限をつけないと、それこそ 50 歳でやる人もいますから。だいたい 40 歳から 42 歳まで保険対象でやっています。

質問者 2：質問が 2 点ございます。一点は、卵子の提供を受けた場合の夫婦、夫側と妻側で、どういう話し合いが行われるのか、何かそういうことで特筆すべきことを教えていただきたいと思います。もう 1 点は、精子提供の場合、基本的なことですが自分の妻に他者の精子が入ることに対して、夫が何か心理的な影響を受けることもあるのでしょうか。

大野：まず卵子を提供してもらう場合、奥さんからは切り出せないです。自分の卵子が原因で子どもができないと分かっているけど、卵子提供で子どもを作ろうと、旦那になかなか言い出せません。エージェントに聞きましたが、旦那から、「他人の卵子を使ってもいいじゃないか」と言われる。そこから話し合いが始まります。旦那の同意をえない場合、勝手にそれはできません。精子提供に関しては、結構複雑です。九州の有名なクリニックに行って話を聞きましたが、離婚になる場合もあります。育てる父親が、自分の息子とは言っても血はつながっていません。それが虐待につながる場合もあります。

二十歳のときに親が離婚するときに初めて教えてもらって、「だからお父さんはよそよそしかったのだ」と、父親の行動に初めて納得する人もいます。父親が、遺伝上の子と同じように育てられるとはどうか、それは比べようがありません。

どちらにしても複雑です。夫婦げんかをしたときに、精子提供の場合は、お母さんから見たら、自分とは血はつながっているわけだから、子供を味方にしようとして。夫婦げんかのときに言ってしまう人もいます。子どもにしたら、親はけんかする、それで離婚する、また事実を告知されて、ダブルパンチです。大混乱になります。だから私は、子どもが悩むのが目の前に見えていますから、本当はこういう子供の作り方をやめてほしいのです。でも、子供がアイデンティティの問題などで、どれだけ悩むかということ、今不妊で悩んでいる夫婦に言っても分かってくれません。

質問者 3：精子提供で生まれた 70%の方が、「こんなふうに産まれたくなかった」というお話を聞きました。残りの 30%の方についてですが、こうやって産まれてきたけれど、やはり幸せだ。親に感謝している。生物学的な親も含めたファミリーとしてそういう

う家族を作っているような例はないか、教えて頂きたいです。

大野：私が『G2』という講談社から出ている雑誌にも書いた、DSR (Donor Sibling Registry) の話があります。そこに自分の精子提供者番号を入れる、あるいは精子提供で生まれた子どもが、母親から聞いた番号を入れるとマッチングできます。

自分の本当の親が見つかるサイトがあるのですが、精子提供を受けた子にインタビューしたことがあります。その方は自分のお父さんを見つけて、実際に会っています。おじいさんにも会っています。そういう人は、「こういうふうに生まれたくなかった」と最初は拒否していますが、会った後は、その事実を受け入れています。遺伝上の父親やその親にも会えば、自分のアイデンティティーの空白だった半分か埋まりますから。それから新しい家族関係というか、年に2回、夏に1回、冬に1回会いにいき、割と良好な関係を結んでいます。

残りの30%の人の中には、実際に遺伝上の親に会っている人が多いと思います。今まで親に対して冷えていた気持ちを変えて、前向きになっています。DSRは、精子提供で生まれてきた子供がきっかけで作られました。今まで、母親に対する怒りなどがあったのですが、DSRを作ったおかげで遺伝上の父が見つかり、感謝しているそうです。前向きになるように、お母さんが努力してくれたことについても感謝しています。

オーストラリアのヴィクトリア州では、何十年も前に精子提供で生まれた子どもは、一応会いたい場合に会えるように法を作ろうとしています。ただし、その法律には遺伝上の親の拒否権があります。イギリスでは法制化されていませんが、取材した方で、こっそり探して、お父さんが見つかり会った方もいます。お母さんに対する怒りは消えませんが、今はお父さんとは仲がよいです。お母さんに対する怒りはかなり収まったのですが、まだ残っているようです。お父さんとは実際に会って、本当にスッキリした気持ちになり、話し方も変わりました。やはり会うと違います。

以前に、慶応大で治療を行っている先生に、「遺伝上の父親に会わせてもいいのではないですか」と言ったら、怒鳴られはしませんでした。「だめです」と言われました。なぜでしょう。会わせてあげるのが、かかわった医者との義務だと私は思っています。絶対に会わせたほうがよいのです。しかし、日本では反対意見が強いです。

質問者4：以前何かで読んだことがあるのですが、野田聖子さんが、35歳を過ぎるととてもリスクが高まる、卵子が老化するなどを、「誰も教えてくれなかった」という発言

がありました。私は同じ女性として、20代の妊娠、やはり30歳を過ぎたら少し危険があり、「35歳を過ぎると……」というのは、常識として知っていると思っていました。けれども、意外と、若い人たちは何も知らされていないようです。それが今の状態であれば、やはり報道と、さらに倫理教育、つまり小学・中学・高校の時代から生殖に関する起点などを、性教育などの教育の中に取り入れることが非常に大切なのではないかと思います。

不幸な事態になる前に、やはり報道と、学会も含めて、中・高からの教育がすごく大事だと思いますが、そのあたりの感想はどうでしょう。

大野：それは言われた通りだと思います。私と同じぐらいの年の、結婚もしていて、仕事も続けていて、子どももいる方に聞いたのですが、やはりある時期、キャリアを取るべきか、子どもを産むべきか悩んだ時期があるそうです。彼女は、それは「女性の本能でしょう」と言っていました。今の間に子どもを作らないと、後からできないのではないかという知らせ、天からの啓示ではないですが、そういう感じです。それともキャリアを辞めるか続けるか、旦那がどういう仕事をしているか、どこに住んでいるかの関係もあるのですが、だいたい悩む時期はあるそうです。

今は、もう女性が働くのが当たり前のようになっています。私の年代というのは、同世代を見ても、働いている人はすごく少ないです。非正規雇用などはなく、完全に男の人が主流でやっていける給料をもらっていましたから、女性が働かなくてもやっていけるようになっていました。でも、今の給料を見ると、女性も働かないとやっていけないような仕組みになっています。そういう面も悪いのです。社会全体が女性も働かざるを得ないような状況にさせてしまっています。

本当は、昔のように働かなくてもいい状態であれば、卵子の老化などと言わなくても、普通に結婚して子どもを産んでいると思います。女性が働くこと自体に問題があるのではなく、自分から進んで働く場合と、働かざるをえない社会状況とは異なります。

今は30歳でも結婚していないのは当たり前で、逆に30歳で結婚したら「えっ」という感じです。それほどまでに時代が変わりました。でも、おなかの中の卵子に関しては、まったく変わっていません。だから、この「卵子の老化」という新しい言葉が、最近言われるようになったと思います。いろいろな意味で、社会全体が変わらないといけません。

昔テレビ朝日でやっていた『サンデープロジェクト』の仕事で、イギリスの労働に関

して取材したことがあります。向こうでは、女性が働いていても、子供を産める状況になっています。日本では、今年収 1,000 万円だとしても、赤ちゃんを産んだあと、子育てのために正社員のまま、週 2 回だけ出勤することは無理です。1 回仕事を辞めて間を取ります。そうすると収入がガクッと減ります。

イギリスはどうかというと、週 2 日でも 3 日でも正社員です。週 3 日の場合は、年収 1,000 万円の場合、5 分の 3 で 600 万円もらえるのです。子どもが 10 歳ぐらいに大きくなったら、週 3 日から 4 日に仕事を増やします。そうすると、年収もきちんと 5 分の 4 になるのです。これはとてもいい制度で、スキルを維持したまま子育てができます。

日本の女性労働者に対する扱いは最低です。これほどひどい国はないです。大手企業でも、重役、いわゆる経営陣の中にどれほど女性が入っているか。50 人中 2 人という割合は、少なすぎます。やはり 20 人ぐらい入らないとだめです。議員も、女性の割合がものすごく少ないです。メディアにも、女性は少ないですね。そういう社会状況を変えないといけないと思います。女性が子育てをしながら、快適に働ける社会状況を作らないといけません。

卵子の老化についても早期教育すべきです。生殖について、わかりやすく説明すればいいのです。卵子と精子があって産まれるのですが、卵子はいくら磨いても光りません。25.6 歳を超えるとどんどん古くなるだけだと説明するべきです。小学校 5 年生ぐらいからやるべきだと思います。

以上

第21回 研究会

日時: 2012年12月15日(土) 13:30-16:30

場所: 東京大学本郷キャンパス 医学部研究教育棟 13F 第5セミナー室

奥田美加 (当時: 横浜市立大学附属市民総合医療センター総合周産期母子医療センター准教授)

「周産期医療からみた生殖補助医療の功罪-分娩時年齢の高年齢化」



私は、横浜市大附属市民総合医療センター総合周産期母子医療センターという施設に勤めております。年間分娩数が約1200件、ハイリスクだけでなく一般の分娩も取り扱っております。一方でNICUもあり、1000グラムない赤ちゃんというのも多数取り扱っているというような施設です。

今日は、現場の産科医が、普段どんなことを感じながら生殖医療や高年出産に携わっているかというところを、多少観念的なところも踏まえてお聞きいただければと思います。

周産期側、とくに三次施設に勤めている私たちというのは、生殖補助医療による妊娠に関し、何となくハイリスク感を抱いています。では、ART妊娠は本当にリスクが高いのかというところを、ちょっとわれわれの立場からお話ししてみたいと思います。

前提として、不妊治療であろうが自然妊娠だろうが、高年妊娠はやっぱりハイリスクである。血圧が高い、糖尿病になりやすい、筋腫などの合併症の頻度も高くなっていくということで、年齢が上がるほどリスクが高いということに関しては誰も反対しないと思うのです。また、単胎よりも双胎、三胎のほうが高リスクです。それから腎臓が悪い、心臓が悪いなど、危険な合併症の妊娠もリスクが高い。妊娠手段にかかわらず、これらの出産が高リスクであることは誰も意見の違うところはないと思います。

32歳初診の既婚女性が「今はちょっと仕事が忙しくて、とてもじゃないけれども、

子どもはいらないので」と人工妊娠中絶を希望されたことがありました。なんて勿体無いと思います。その一方で、15歳で妊娠された女性が16歳のパートナーと一緒に胎児の超音波を見て大喜びしているのを見ると、ほのぼのとした気持ちになります。

よくあるパターンの症例を1つ紹介します。最近の傾向として、結婚年齢は比較的に早くても子づくりを始めるのが遅いということです。29歳でご結婚されて37歳から不妊治療を開始した女性が、1年間妊娠しないということで、そこで初めてクリニックが糖尿病の検査をしてみたら、そもそも負荷試験をやってはいけないほどのとんでもない高い血糖値でした。糖尿病であるということが、1年間クリニックに通っていてやっと判明をしたということです。

この方の経過ですが、インスリン治療を導入してから、不妊治療を始め、体外受精により41歳で妊娠成立したときの体重が75kg。私たち産科医は、体重を減らしてから妊娠してほしいと思うのですが、妊娠前の体重が71kgでしたから、体重が増えた状態で妊娠してきました。糖尿病合併妊娠ですので、妊娠初期に血糖コントロールの管理入院をして、コントロールがとれそうだとということで外来管理をして、妊娠後期にまた管理入院をしました。最終的には自然分娩できましたが、大量出血で2100ミリリットルの出血をしました。こういう大変苦勞をする分娩になったということです。

この方のように、比較的に普通の年齢で結婚しているにもかかわらず、子づくりを始めるのが遅いということ、またこの方のお母さんも糖尿病ですので、やはり年を重ねると糖尿病のリスクが増えていく。しかも肥満が悪化した状態で妊娠してきたということで、われわれ周産期側としては、どこかで何とかできなかったのかなというような思いを抱くような比較的に典型的な症例です。

ここで高年妊娠について、現場でどんなことがあるのかということをお話したいと思います。高年妊娠と言っても、例えば33歳、37歳でお産して、41歳でもう1人産みに来たという方は、そんなにたいしたリスクだとは私たちは考えていないので、高年初産についてデータをまとめています。ちなみに高年初産の定義というのが、昔は30歳以上でした。私が卒業するちょっと前ぐらいから、35歳以上に定義が変わりました。出産の高年齢化というのはだんだん進んできていて、とくに2000年以降は顕著であるというようなデータはよく目にされているかと思います。

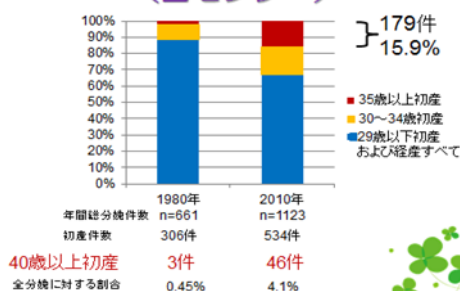
全国の年齢別第一児出産人数ですが、1970年までは90%以上の方が20代までに1人目を産んでいましたが、現在では約半数の方が20代までにはまだ出産をされていないということが、これでおわかりいただけるかと思います。

先日、2011年の人口動態統計が出ましたが、第1子出産時の母親の平均年齢が、とうとう30歳を超えたというようなデータが載っていました。対する1975年は25.7歳が平均の初産年齢だということなので、初産年齢は確実に上がっているということがおわかりいただけるかと思います。

では当センターはどうか。全国の傾向はともかくとして、比較的ハイリスク妊娠が集まるわれわれの施設ではどうなのだろうと、初産婦の割合を30年前の分娩台帳から数えてみました。大学病院は少し年齢が高い傾向がありますが、それでも1980年の初産婦は30歳以上が25%くらいでした。1990年と2000年はそんなに差はなく4割台だったのですが、2000年から2010年のこの10年間の間に、大きく年齢が上がったようで、2010年の初産の年齢構成としては30歳以上の方が7割近いというような状況になっています。しかも高年初産の定義に入っている35歳以上の方が約3割以上で、約3分の1が高年初産であるということが、これでおわかりいただけるかと思います。

とくにリスクの高い40歳以上の初産婦を、いったいわれわれは日々どれくらい扱っているのか調べてみました。これがその数字です。2010年の年間分娩件数が1123件で、そのうち初産が534件なのですけれども、35歳以上の初産が16パーセントです。1割以上の分娩が高年初産で、しかも40歳以上の初産の件数は年間に46件にも及んでおりますので、全分娩の4パーセントが40歳以上の初産です。ちなみに30年前は、1年間にたった3件しかなく、0.45%でした。現在はいかに多くの40歳以上初産婦を取り扱っているのか、ということがおわかりいただけるかと思います。

高年初産が全分娩に占める割合 (当センター)



では高年妊娠は何が問題なのかということも、もう一度ここで振り返ってみたいと思います。やはり妊娠するのが難しいということ。それから妊娠はしたのだけれど流産をしてしまう。それから妊娠、流産を乗り越えてもやはり産科異常の率が上昇するのです。

妊娠前、妊娠中、分娩時に分けると、妊娠前の異常としては子宮筋腫、糖尿病、高血圧の頻度が高い。妊娠中に発症してくる異常としては、妊娠高血圧症候群や妊娠糖尿病。分娩時は、陣痛が来にくい、どうも子宮がオキシトシンというホルモンに反応が悪いのではないかと思うのですが、分娩を誘発しないと産まれなかったり、陣痛も途中で弱くなってしまって促進しないといけない、といった確率や、帝王切開率が上昇し、鉗子分娩、吸引分娩といった器械分娩率が上昇します。それから分娩時の出血が多い傾向にあります。当院のデータでは明らかな差は出ませんでした。低出生体重児が多いという報告もあつたりします。染色体異常の率が少し上昇するというデータもあります。

厚労省の研究班の「妊婦のリスクスコア」では、40歳以上というだけで、もう5点がついてしまうのです。ちなみに4点以上は周産期センターや大学病院で産めと書いてあります。つまり、40歳以上というだけで当院で産まないといけないことになります。どれだけリスクが高いとわれわれ産科医が認識しているかが、おわかりいただけるかと思えます。

このように産科医も苦労しているのですけれども、やはり不妊治療をされている先生方も苦労されていると思うのです。4月の日産婦学会の一般演題数を見てみましたところ、高年女性に関する不妊治療の話題が2件、高年妊娠の検討など産科側の話題が5件ありました。

日本産科婦人科学会のホームページに載っているARTの成績グラフです。緑の線が年齢に応じた、赤ちゃんが生きて産まれる生産率。流産率がこの紫の線です。30代前半までが15~16パーセント前後の流産率であるのに対し、35歳で21パーセント、40歳で37.5パーセント。45歳にいたっては68.3パーセントの流産率だということが、データに示されております。

やはり妊娠が高年齢であるほど、流産が増え、ART治療成績も下がっていく。妊娠が成立する率も下がり、最終的に赤ちゃんを産む率というのも、やはり低いということがおわかりいただけます。これを数字で言いますと、治療に対する総生産率というのが、20歳代だと20パーセントが、35歳、40歳と下がってきて、なんと45歳の総治療に対する総生産率は0.5パーセントと書いてあるのです。200回の治療で1人の赤ちゃんしか生まれてこないのです。

うちにいらっしゃる不妊症患者さんの年齢は高いです。私が医師になった頃に比べると、本当に年齢の高い方が不妊治療に通っていらっしゃる。年齢上昇に伴って妊娠率は低下するのですけれども、この間読んだデータによると、今日の話題の一つでもある提

供卵子による場合は、年齢上昇によって妊娠率はこれほどには低下しないらしいのです。妊娠率の低下や流産率の上昇には、卵の加齢そのものが関与しているということをデータは示唆しています。流産率に関しても、卵子が老化することによって流産率が高くなると考えられます。体外受精の流産率は35歳で21パーセント、45歳だと68.3パーセントになっていますね。不育症外来に「45歳で2回流産したから不育症の検査をしてください」という患者さんが来るのですが、7割近い確率のことが2回起こったらすごい病気かということ、そうではないですね。45歳の方が2回流産しても、私たちが当たり前のことなのです。

あまり観念的なことばかり言ってもいけないので、どうして年齢が上昇すると染色体異常の確率が上昇するのかしらという説明を持ってきました。卵子を作る大元の細胞が減数分裂します。減数分裂の途中で止まってしばらく待っている。そのしばらく待っている、その間のところで外的なものが加わると染色体異常が生じやすくなるので、不分離が起こりやすくなる。だからお休みが長いほどいけない。だから年齢が高いと染色体異常の確率が上昇するのだそうです。

厚労省の不育症の研究班によりますと、不育症検査後に流産した検体を調べてみると8割ぐらいが染色体異常であり、大半が誰にも避けられない流産だったということがわかっています。

染色体の不分離について図を作ってきました。染色体を半々に分けないといけないところを、半々に分け損ねた配偶子が半々に分かれた相手の配偶子と受精すると、ある染色体が3つあるということが起こってしまう、ということが染色体の不分離です。母体年齢が高いほど、不分離の頻度が高くなります。

染色体異常児の出生頻度も、ここに示すように年齢が高いほど多くなります。ダウン症候群の方ですと、20歳ですと1600人ぐらいに1人、40歳ですと100人に1人ぐらいの確率です。こんなデータがいろいろあります。

では私どもの不育外来にいらっしゃるのは何歳ぐらいの人なのだろうかと、20年前の台帳を調べてみました。そうしたら初診時年齢が1990年と2000年はそんなに変わらなくて、30%以上が20歳代でしたが、直近の2010年の50件を調べてみましたところ、40歳になってからいらした方というのが8人、つまり1割以上の方が40歳になってから、流産を2回したから、3回したからということで、あわてて検査にいらっしゃる。35歳以上の方も含めると半数以上どころか7割近い方が、高年妊娠の部類に入ってから不育外来を初めて訪れるということ、この10年ですごくその傾向が強まったと

ということがわかりいただけるかと思えます。

数えた 150 件について転帰を調べてみますと、出産に至ったのは 40 歳以上で 14 パーセント程度。40 歳未満の方ですと、半数以上の方が生まれているということがわかりいただけると思えます。というわけでいつも思うのが「もっと早く来ていただければ」ということです。

不育外来初診年齢別 生児獲得率
(判明分のみ)

20～29歳	64%
30～34歳	50%
35～39歳	50%
40歳～	14%

(当センター、検査終了後未来院例を含む)
1990, 2000, 2010年 計150件



私は周産期の者として、では高年初産の妊娠分娩リスクというのは、いったいどういふものがあるのかということをお話したいと思えます。初産 1219 例の中で年齢別に検討してみたところ、妊娠糖尿病、妊娠高血圧、帝王切開率、分娩誘発促進に至るのが、40 歳以上で有意差を持って高いという結果になりました。分娩時の出血量も 20 代に比べると多かったという検討でした。分娩所要時間に関しては差はないという結果でした。ただし、この差はないという結果は、自然分娩に至った症例だけの検討です。時間がかかって帝王切開になった人はこのデータに含まれませんので、実際にはどうなのかわかりません。自然分娩できた人に関しては、分娩所要時間はそんなに差がないという結果でした。

高年初産という定義が適切なのかどうかと考えるために、35 歳未満、35 歳以上、40 歳以上ということでグループに分けて比較をしてみました。そうすると不妊治療率は高い。帝王切開率も高い。妊娠高血圧症候群もやはり 35 歳以上を境に高い。ただ 35 と 40 で差があるかということ、確かな差は出なかったような気がします。このときの検討でも分娩時出血量は多いですし、このときの検討では分娩所要時間は 40 歳以上で長いという結果が出ました。当院のデータとしては、早産率が高いとか赤ちゃんの入院率が高いというようなデータは出ませんでした。苦労はするけれども、結果はそんなに悪くないという結果でした。

また当院のデータベースから「初産・単胎」という条件で帝王切開率を調べてみまし

た。当院はハイリスクを扱っているので、他院で異常を起こしたケースがどんどん搬送されてきます。早産例も多いので、帝王切開率は一般の病院よりかなり高いと思うのですけれども、一応そういうことを前提に帝王切開率を数えてみましたところ、年齢が上昇するとともに、30代からだんだん帝王切開率が高くなっていくということが、おわかりいただけるかと思います。初めてお産をする人の帝王切開率が45歳以上だと半数以上だということがおわかりいただけるかと思います。

ほかの施設の検討で、早産率が高いというデータを出しているところもあります。低体重児が多い、新生児入院率が高いというデータを出している施設もあります。とにかくどの周産期施設も、40歳以上の高年出産がとくにリスクが高いとみんな認識しております。若い人と変わらないと思っている産科医は、1人もいないと思います。

高年妊娠の問題はたくさんあります。妊婦さんでなくても、年齢が高い場合は麻酔管理なども十分注意しなければいけない。帝王切開も然りで、40歳以上ということになると肺塞栓などのリスクが高いという認識をしなければいけないということが医学的にもあります。医学的以外のところでいえば、出産後の子育てをどうするのだろう。体力的に困難な方もいらっしゃるでしょう。よろよろの祖父母が面会にいらしていると、サポートはどこから得られるのだろうというようなことも思います。ケースによっては、そのよろよろしている親の介護も一緒にしなければいけないかもしれない。それから45歳で出産したら、子どもが大学卒業する前に定年で、お金は大丈夫かなと思いますし。また社会的にも、年齢が高いベテランが出産で休むと職場が困ると思うのです。いろいろな社会的な問題も高年妊娠にはあるかと思います。

最初に、私たちはARTにちょっとハイリスク感を抱いていると言いました。ではARTそのものが悪さをしているのか。2011年の40歳以上の初産の単胎に限って調べてみました。体外受精による妊娠が20例、それ以外、不妊治療を含めてですけれども、排卵誘発とか人工授精とかの軽い不妊治療以下の人が32例ありました。年齢の平均は体外受精のほうが高いですが、帝王切開率、それから平均の分娩の出血量、早産数、早産数はART以外のほうが多いですね、早産を除いた平均の出生体重、いずれもほとんど差がありません。リスクの高い40歳以上の分娩に限れば、ARTのほうがより悪いということはないかということ、この数字からおわかりいただけるかと思います。

でも、何だかARTはリスクが高いというイメージが、どうしても私たちは拭い去れないのです。それがどうしてかということ、これからお話をします。以前、年齢別にARTで妊娠した人の割合というのを調べてみたことがありました。40歳以上の初産の

うちの大体3割ぐらいの方がARTで妊娠をしてきたということが、おわかりいただけるかと思います。当然高年齢にしたがって、ART率は高いということです。すなわちこれから何がいえるかというと、ARTそのものが悪さをしているわけでは多分ないのですが、ARTにより妊娠をしてきた40歳以上の初産がゴロゴロ来ますので、扱いそのものの件数が増えるわけです。つまり周産期施設のハイリスクの負担が増えるということが、数的におわかりいただけると思うのです。40歳以上の初産というのが1.5倍になっていますし、初産に限らず45歳以上の分娩が2倍になっているということです。つまり、ART自体が本人のリスクを上げているというわけではないのです。ARTによって増加したリスクの高い人が私たちのところに送られることで、私たちが「何かARTってリスクが高いな」と感じるということです。

繰り返しになりますが、40歳以上の初産の取り扱い件数。私の上司が若い頃の30年前は年間に3件しかなかったものが、2010年には46件も40歳以上の初産を取り扱っております。ちなみに2011年は54件でさらに増えています。今年はまだデータが出ておりません。

帝王切開の件数です。大学病院なのに、なんとうちの上司が若い頃は、年間で20件しか帝王切開がなかったのです。帝王切開というのは一大イベントだったわけです。それが今の2010年は317件。1日に1件弱ぐらいの帝王切開を私たちは経験しています。産科施設の負担が非常に増えています。

同様に、双胎なんて昔は年間7件、一大事件の一大イベントでした。今は年間に63件も双胎、三胎が生まれています。大学病院の産婦人科医療の負担がすごく増えているということがわかります。

多胎の概要を調べてみたところ、45パーセントが不妊治療による多胎であったということなので、ARTがなければ多胎は半分だったはずなのです。ただ、昔に比べると単一胚移植、1個だけ戻すというのがだいぶ統一されてきましたので、一時期よりはちよっと減ってきています。

ARTによってリスク症例を増やされたことを示す一例を、ここで紹介したいと思います。26歳で子宮腺筋症の診断をされていた方が、体外受精をして、36歳でやっと妊娠が成立しました。しかし妊娠6週に深部静脈血栓症になり、13週で我々の施設に紹介されてきました。妊娠継続希望ということで入院しましたが、残念ながら20週で赤ちゃんがお腹の中で亡くなってしまいました。4日後に児を娩出。その1年後に腺筋症の部分切除術を受けたり、月経困難症になったりして、子宮摘出を考慮中というところ

まで診療録で確認しました。子宮内胎児死亡になった場合、児を娩出するために子宮口を広げて陣痛をつけるという処置をするのです。子宮口を広げるために、腔鏡を入れて、ラミナリアというのを挿入するのですけれども、子宮口を展開できないのです。展開しようとするものすごく痛いですし、大変苦勞しました。どうにかこうにか頸管拡張をして、陣痛をつけて児を娩出したのですけれども、その後胎盤を出す際、どう器具を入れていいやらということで、とにかく患者様にも大変な苦痛を与えて、泣かせて、最終的には死産に至ったというようなことを記憶しております。

もう1例、こんな例がありました。29歳で結婚し、本格的な不妊治療を始めたのは35歳を超えてからという女性です。体外受精を希望したということで、うちではないところの大学病院に紹介されています。この方は腎臓が悪い状態でした。それでもご本人たちは希望するというので体外受精に踏み切り、妊娠しました。その方が転居のため当センターに15週で紹介になりました。私たちのところに来たときは39歳。腎機能の悪い妊婦というのは、だんだん悪くなることもあり、この方も外来で徐々に悪化して妊娠26週から管理入院をしたのですけれども、入院後もどんどん悪くなってしまっ、なおかつ赤ちゃんもこれ以上育たなくなってしまい、妊娠27週6日で帝王切開に踏み切りました。普通は27週6日ですと1100ぐらいあるでしょうが、736グラムの子どもさんをお産されています。この子はちょっと心臓に病気を持って生まれてきました。心臓の手術をするには赤ちゃんに体重がないと無理なので、がんばって治療して体重増加を待ったのですけれども、ひと月で残念ながら亡くなられてしまいました。お母さんのほうは産後尿たんぱくが続き、腎生検をして膜性腎症という診断に至ったのですが、この妊娠を経験したことによって妊娠前よりも腎機能は悪化して、降圧剤が手放せないという状況になってしまいました。ちなみにこの人は凍結胚がまだ残っていて、次の妊娠をこの状態で希望しています。

まとめますと、この人たちはARTがなかったら多分妊娠しなかったのです。ですが、この方たちは結果としてひどい状態になって、大変な管理を受け、最終的には赤ちゃんもだめでした。処置も非常に苦痛を与えました。その気持ちのフォローは、私たち産科の主治医がやっています。この方たちがもし自然妊娠してきても、多分経過は同じなのですが、なかったはずのハイリスク妊娠、というところが、私たちとしてはつらいです。

高年齢になってから妊娠するという社会全体のあり方が問題なので、ハイリスク分娩を減らすためには、とにかく社会的に不妊を予防していく必要性があります。私たちの医療資源を供給するのが難しいところに、需要がのし上がっているという現状です。何

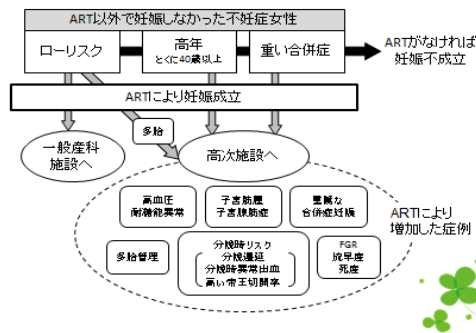
か線引きをしていただけないかなというのが産科医の正直な気持ちです。

見えてくる現状

- 高齢になってから妊娠する社会全体のあり方：社会的に不妊を予防する必要性
- 供給がないところに需要を押し上げている
 - ✓多胎，高齢妊娠，合併症妊娠が多くても，受け入れる施設が質・量ともに十分であれば，本来は対処可能である
 - ✓しかし，現在，分娩取扱施設の減少やNICU不足など，周産期医療が充実していない
- 不妊治療開始前の評価基準，などのガイドライン作成？

それを図に表してみました。ART がなかったら妊娠しなかった女性というのがいます。その人たちは、その技術で妊娠が成立しました。リスクの低い人は一般の産科施設に行き、多胎とか、年齢が高いとか、合併症があるという人は当院に来ます。その分がART によって増加した症例ということになりますので、産科の手間が増えているということはおわかりいただけると思います。われわれ三次施設において ART のハイリスク感が拭い去れないのはどうしてかといいますと、妊娠したものの、ほかでは管理できない、なかったはずのハイリスク例がうちに集中しているからだということが、おわかりいただけるかと思えます。

周産期医療施設に集中するハイリスク妊娠



卵子提供の話題を少しお話ししようと思います。でも卵子提供のベースには高年妊娠がありますので、そこを理解していただければと思います。

先日「周産期医学」に載っていた文献では、「年齢が高い、多胎率が高い、妊娠高血圧が多くて、早産も多く、胎盤の異常も多く、帝王切開率が高く、輸血率も高い」というようなデータを出しておりました。「卵子提供妊娠というのは通常の高年妊娠より

もさらにハイリスクであるという認識を持ちなさい」と締めています。

その一方、別の海外文献によりますと、PIHの発症が高いというのは卵子提供に関して前から出ているデータらしいのですけれども、赤ちゃんの経過、周産期予後に影響はないとしています。ただ年齢をマッチした検討なので、両群の平均年齢が36歳で同じなのです。確かに、もしかしたら卵子提供でも条件を揃えてしまえば、問題はないのかもしれませんが。でも実際に来るのは、年齢の高い人ばかりなのです。

当院で卵子提供ということが判明している例を見てみると、8件ありました。日本で卵子提供を受けたケースはありませんでした。帝王切開が6件、双子さんが5件ということで、確かに多胎率、帝王切開率は高いです。年齢が一番若い人で44歳ということでした。この44歳の双胎に関しては、韓国で卵子提供を受けて、3個移植して1つは初期流産で双胎になりました。双胎の経過としては比較的普通の経過で終了しております。

48歳の方に関しては、最初5個着床していた胚を、3つ減胎して2つになってきました。そこから先の経過は比較的雙胎としては順調でした。帝王切開術後の弛緩出血になりましたけれども、雙胎ではしばしばありますので、まあ普通かなと思います。

45歳の方に関しては、海外で治療されてきて、よくわからない薬をたんまり盛られた状態で受診されてきました。受診後投薬を整理整頓して、この方も比較的順調にしています。

48歳の雙胎。この方は赤ちゃんの状況がよくなく妊娠32週で小さ目の赤ちゃんをお産しています。子どもさんは3週間強入院して、自宅退院されているので結果としてはべつに悪くないのですけれども、早産で生まれています。

この47歳の方については、妊娠前に、いくつ卵を戻したらいいのでしょうかという妊娠前相談にいらっしやいました。私は、超高年妊娠のリスク、多胎妊娠のリスクということをいろいろお話して、最終的には確か1つ戻して妊娠されてきました。この人がまた不思議な経過で、妊娠23週でお腹が痛くなってきて、大量の腹腔内出血をなぜかきたして、開腹手術を要したという経過があるのです。どうも癒着していた付属器あたりから破たんして出血したらしいのですけれども、原因ははっきりしませんでした。妊娠39週で、この方はデータどおりで高血圧を発症して、陣痛が自然に来たのですけれども結局お産が止まってしまって、帝王切開で帰られました。最終的な結果はそんなに悪くないです。

46歳の方も、双子さんとしては出血が多いですけれども、結果はそんなに悪くない

のですが、この方は肥満の方で、帝王切開の手術のところが感染を起こして開いてしまって、もう1回入院しなければいけないというトラブルがありました。

この50歳の方は、50歳の双子さんとしては順調です。赤ちゃんは少し小さめで、出血も多めですけれども、順調です。これを順調と言ってしまうのは、うちが周産期施設だからだと思います。普通の病院ではこれは非常に大変です。

49歳の方は、甲状腺の機能がちょっと低く、出血は1200が多いですけれども、全体の経過としてはこんなものかなという感じです。

当院の卵子提供症例は、適応がすべて加齢です。ターナー女性とか早発閉経とかという方は全然来なくて、みんな加齢が適応です。文献にあるようにPIHが多いという傾向は、うちの8例ではありませんでした。また帝王切開率が多いです。その適応は多くは多胎なのですが、多胎でなかったら回避できたかどうかはわかりません。症例数が少ないので何とも言えませんけれども、卵子提供だからハイリスクというのではなくて、やはり年齢が高いことや多胎であるということが、この人たちのリスクにきいているのかなと思います。

ただしデータを出すにあたっては、皆さんお気づきと思うのですが、紹介状から卵子提供というのがわからないものは卵子提供といえないのです。先日も、40歳を超えている方が韓国で体外受精をしてきましたと。卵子提供ではないのかなと思うのですが、その人は「着床障害で診てくれる先生が韓国にしかいなかったから」と。そんなはずはないだろうと思うけれども、本人がそうだと言い張れば、それは信じるしかないのです。法整備がされていないので、隠してしまう人は当然います。

最後に、なぜ子どもを持つ年齢が上昇したのかということをお話します。やはり情報不足なのです。一般の人が40過ぎてから妊娠するのは難しいということをご存知ない人が結構いるということは、産婦人科医として実は認識しておらず、驚きました。私たちの間では常識であることをみんなは知らない。卵子が老化するということも知らない。

あとやはりメディア情報です。40代、50代、60代の妊娠成功例が報道されます。リスクに関しては、そんなに大きく報道されることはありません。

NHKの「クローズアップ現代」の「卵子の老化」という番組の中の声をちょっと紹介します。ある44歳の女性です。この方は、パートナーと出会ったのが36歳でちょっと遅め。40歳で結婚して仕事を優先し、不妊治療を始めたけれども、体外受精を20回以上、700万円を費やしています。年齢のせいだと医者から言われて、奈落の底に突

き落とされましたとおっしゃっています。「卵子が老化するなんて誰も教えてくれなくて、ずっと避妊をしてきました。若い頃の卵子を返して」と訴えています。36歳でパートナーと出会ったときに、この顛末を知っていたら、子どもがほしかったのだったらつくっていたと思うのです。知らないということは、非常にお気の毒ということがわかりいただけます。

不妊治療、不育症外来に40代の患者さんがどんどん増えています。これまで避妊してきたのだけれども、いざつくろうとして、だめだということに気がついてから後悔している。メディアを通じて知識を得ているので、芸能人が45歳で出産すると、それは普通なのだと勘違いしてしまうのです。「卵子の老化を社会の常識にしてほしい」と番組で言うておりました。

卵子が老化することを知らない

- 生まれたときから卵子がある
- 卵子も年を取っていく
- 30歳ころから徐々に妊娠しにくくなる
- 45歳過ぎると自然に妊娠することは、かなりむずかしくなる

→ 産婦人科医にとっては常識

だから、うちの医局員たちは、縁があればわりとさっさと結婚して、わりとさっさと子作りしています



2011年の10月の日経新聞の記事ですけれども、40代の妊娠の話題です。「それでも子どもがほしい」というタイトルがついています。記事の中には「確かに40代にとって妊娠・出産の壁は高い」、「なかなか働く女性にとって両立が難しい」、「老後の資金は大丈夫なのか」ということが書いてある一方で、ネガティブなことだけ書くとやはりバッシングを受けるせいなのかどうなのか、必ずポジティブな記載があるのです。「神奈川県在住の42歳は、40代の子育てでよかったと感じている。2人目が落ち着いたら在宅勤務で職場に復帰します。希望を聞いてもらえるのも30代で培った信頼があったからこそ」というふうに話しています。これはすごくラッキーなことなのですから、これをポンと1つだけ載せられると、「じゃ、40代になってから妊娠しようと思ったら、ポン、ポンと2人できる」と勘違いしてしまう読者が絶対いると思うのです。書いてもらうのはいいのですけれども、もうちょっと事実をしっかりと伝えてほしいと思います。

ではなぜ日本はだめなのか。ある新聞記事には、フランスとかだと出産のケアが厚くて、出産・育児のために職場を離れることはありませんという記事があったりします。日本は子どもを産ませない社会というふうにおっしゃっています。

私たちの社会はまだまだ、就労しながら子どもを持つということに関しては容認してくれません。学校に行っても PTA の活動に出てくるのは女性ばかりです。「子育ては女性の仕事」というのが日本ではまだあります。

もうちょっとお話をさせてください。私たち産婦人科医師の数が減って危機的状況になった際に、日本産科婦人科学会で調査をした報告からです。男性は年齢が上がっていても大して離脱しないのですけれども、女性は経験年数が上がれば上がるほど、分娩取扱施設から離脱しているということがデータとして示されています。私たちが子育てをしながら仕事をするのは、確かに大変といえば大変なので、それを一体どうしたらいいのか。女性医師が働きやすい職場はどうしたらいいのかということをいろいろ模索しています。



日本産婦人科医会のホームページを、お暇な人はちょっと開いてみてください。「みなさまへ」という資料集から、まず一つには、「妊娠、出産、育児中の女性医師の働きやすい職場づくり」のパンフレット。職場環境の見直しとか、具体的な支援は何が必要なのか、すでに効果を上げている病院はどこなのか。2008年ですから4年ぐらい前のパンフレットですが、いろいろな方策について紹介されています。

女性医師自身が子どもを持ちながら、どういうキャリアデザインを持っていけばいいのかということを示したようなパンフレットなどもあります。先輩の声を掲載しています。これは女性のライフプランだけでなく、男性にも非常に参考になると思います。やはりこれは私たち女性だけのための施策ではなくて、女性にとって働きやすい職場というのが男性にとっても働きやすいということ、みんなが常にフル稼働できるわけでは

ないので、そのところを理解して整備をしていくべきだと思っています。

われわれ産婦人科医は、子どもを産むことをサポートしている仕事メインですので、われわれこそ子どもを持って仕事をするのが当たり前であることを、私たちが率先していくべきだと思っています。妊娠・出産を後回しにすることは一つもいいことがないということは、みんなに伝えていきたい。自分自身もちゃんと出産してからも、仕事をやっていくという責任感を持ってやっていくべきだと思います。

卵子提供が是か非かということに関しては、専門でないので譲りませけれども、この技術を全面的にだめというつもりは私ありません。でも実際にいらっしゃる人は、適応は高年なのです。もうすでに年齢を重ねてしまって妊娠していない方をサポートすることは必要だとは思いますが、でもこれからの時代、そういう人をつくらないようにして、卵子提供がいいとか悪いとかということではなく、卵子提供に至らなければいけない症例を減らしてあげることが必要なのではないかと、私たちは思っております。

社会全体として不妊を予防していく。高年になってからはこんなにリスクがあって大変だよということを啓発していく。私たち受け入れ側のほうの医療資源の強化をしていく。あとはこれを前提として、若くして子をもつ気になるような、妊娠子育てに関する社会全体のあり方の変革をすることや、若いうちからの人生プラン教育やキャリア教育とか、本当に多方面からのさらなる努力が必要なのだと、私は考えております。以上です。ご清聴ありがとうございました。

卵子提供は是か非か

- 倫理的・社会的問題は専門家に譲ります
- 早発閉経やターナー女性など、この技術によってしか妊娠の可能性がほとんどない女性には福音
- しかし実際に現場に来る例の適応は高年
- すでに年齢を重ねてしまった方への支援は必要 でもこれからは女性がそういう目に遭わないよう啓発が必要
 - ✓10代からのキャリアプラン教育
 - ✓企業への啓発 etc・・・



<質疑応答>

質問者 1：大学でジェンダー論を学んでいます。先ほど先生のお話の中で、不妊治療を

することの評価基準にどこかで線引きをするようなガイドラインを作ってほしいというようなご意見もあったのですが、不妊治療に関してガイドライン化は難しいのかというあたりについて、聞かせていただけないでしょうか。

奥田：ご質問ありがとうございます。ガイドライン化に関しては、年齢的な線引きがすごく難しいのだと思います。不妊治療の先生方というのは、求められたら治療を提供せざるを得ないと思うのです。

今は新生児管理もよくなってきましたし、透析の技術も上がってきたということで、リスクを承知で本人がどうしてもやるというのだったら、お止めしないというふうになってきています。医療が進歩すると許容できるものも増えてきてしまうので、どこかで線引きをするというのは難しいと思います。ただ、この中で危ない目に遭っている人がいるということは知ってほしいと思い、時々こういうチャンスがあればお話をさせていただいています。

質問者 2：報道機関の記者をしています。先生がご講演の中でメディアの責任などについても言っておられて、痛いことを言われたとも思っております。私なりに高年出産のリスクなども書いていきたいと思っております。女性が出産を先延ばしにすることについて、先生は医療の現場をご覧になっていて、どこに原因があると思われていますか。

奥田：医療現場のせいではないように思うのです。確かに、不妊治療の技術などが向上してきて、年齢が高くなっても妊娠が可能になってきたという医療の進歩というのは、多少そういうことに影響しているのかもしれませんが、やはり雇用機会均等などが出てきて、出産などで休職というのができない雰囲気もあったし、産休で同僚から遅れを取りたくないということでがんばっていらっしゃる方たちが、子供を欲しいと思ったときにこういう目に遭っているということです。言うなれば、時代の犠牲者です。

いつの間にか、適齢期の存在が忘れられてしまって、今に至っているのかなと思います。女性が20代で出産を始めるということは生き物として必要なことです。子どもを産みたいのだったら、やはり早く産んでおかないといけないのだということを言ってあげないといけないと思うのです。そのためには30代、40代になってから言っても遅いので、10代後半から20代前半の人に教えてあげてほしいと思うのです。

今日は批判を承知で言いますが、不妊治療の成績を見ていただいております。

るように、40歳以上の人にお金出しても無駄です。そこに対する予算を、若い人が産める環境づくりに回してあげればと思うのです。不妊治療の助成金も、一案としては、35歳未満で治療を開始するということをまず条件とし、上限を40歳未満とする年齢制限もつけてしまっているのでは。45歳で2回流産した人に不育症の検査の助成が必要なのか、疑問です。

国は、産みたい人たちが安心して産めるようなサポートをすべきです。産みながら働いていけば、最終的にかかるお金は大して変わらないと思うので、40になってから700万かけるよりも若いうちに産んでおいたほうが良いと思うのです。そこら辺のところを、どんどん情報発信をしていただければと思っていますので、ぜひお願いします。

質問者3：お話ありがとうございます。文学部で社会学をやっている者です。単胎と多胎だとリスクが違うというお話があったと思うのですが、実際に減らすというのを決めるプロセスというのは、どういうものなのですか。

奥田：減らすというのは減胎のことですか。

質問者3：そうです。単胎のほうがリスクは少ないという説明をされるかと思うのですが、最終的には多分個人の意思に委ねると思うのです。でも実際の例を見てみると結構多胎が多くて、どういった経緯でそういうことになるのかというのが一つ気になった点なので、教えていただきたいと思います。

奥田：多胎はリスクが高いというふうに確かに申し上げたのですが、双子さんの種類にも、一卵性と二卵性があります。二卵性だとリスクは一卵性より低いので、減らす必要はないと思います。ただ、不妊クリニックで、多胎は危ないといって減胎しているようなのです。そのところをどういうディスカッションで減らしているのか、私にはわかりません。産科側が減胎をお奨めすることはありません。とくに私の施設では、3つでも減胎は奨めません。ただ分娩のリスクとか、早産3人ということもあり得るので、その辺のリスクをお話すると、本人たちがクリニックで減らして戻ってくることはあります。

(終了)

合阪幸三（医療法人財団小畑会浜田病院副院長）

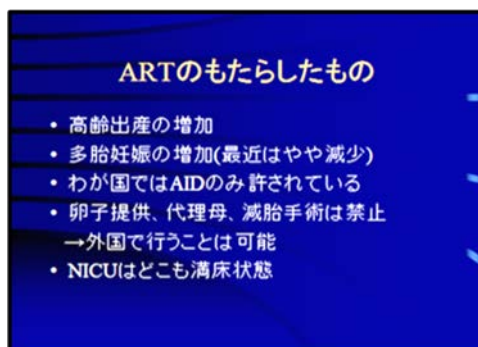
「生殖医療技術の進歩とそれに関する国内外の社会情勢について」



I 講演要旨

わが国では女性の社会進出が一般的となって以来、晩婚化が進み、結果として出産年齢も高齢化しつつある状況です。女性の場合、卵子（原始卵胞）はその女性の胎児期に形成され、以来アポトーシス（プログラムされた細胞死）によりその数は漸減し、一般的には45歳前後で自身の卵子による妊娠は困難となります。生殖医療技術は目を見張る進歩を遂げ、配偶子（卵子・精子）および子宮が存在すれば、ほとんどの場合、妊娠させることが可能となりましたが、現在のところiPS細胞などにより高齢女性の卵子を作り出すところまでには至っていないことから、排卵が困難な年齢となった女性が妊娠を希望した場合は、卵子提供を受けることが必要となります。しかし、わが国では現在のところ、高度先進不妊治療に見合う法整備がなされていないため、卵子提供により妊娠した場合、提供者、被提供者ともに違法とはなりません。一方、不妊治療の指針に打ち出している日本産科婦人科学会および日本生殖医学会はわが国における卵子提供についての明確な指針を示していません。そのため、卵子提供は事実上基幹学会により禁止されているのが現状であります。このような社会情勢から自分の卵子で妊娠できない女性は、卵子提供が許可されている外国に出かけて、多くはその国に居住している日本人女性から卵子提供を受け、不妊治療もその国で行い、出産はわが国で行うという手法をとらざるを得ないこととなります。一般女性は外国での卵子提供者を個人的に探し出すことは困難であるため、わが国にはそのような斡旋を行うコンサルタント業者が存在し、多くはそれらの業者を介して外国での治療を受けています。本講演では、合阪先生から高度先進生殖医療技術の現状、外国で

の卵子提供を受けた女性の周産期管理上の問題点、わが国での法整備の重要性につき解説致します。



II 講演

1 過剰排卵の問題

一般的な不妊治療というのは、排卵していない人には排卵誘発剤を使います。飲み薬の排卵誘発剤というのは、それほど強力ではないので、ごくまれに双子ができる程度で済みますが、注射による排卵誘発剤を使うと、過排卵が起こってしまいます。普通、人間は1周期に1個しか卵が出ません。ごくまれに2個出るのですが、排卵誘発剤の注射を使うと、5～6個は当たり前で、卵の発育を見ていると、下手すると同時に10個ぐらい発育していて、怖くなって止めてしまうということもあります。体外受精の場合は、それでも全然問題なくて、意図的過排卵と言って、わざとこういう注射を使って、出来るだけ多くの卵を作って、20個、30個ぐらい採っておき、凍結保存して少しずつ使うという方法を取ります。ただ、体外受精の場合は、不妊学会の方で規制が入りまして、昔はなかなか妊娠しないから、卵を3つ入れたり、4つ入れたりしていたのですが、結果として、三つ子、四つ子になってしまうという問題がありました。そこで、これは止めましょうということで、今は1個、どうしてもないときだけ2個という規制が入っています。逆に体外受精の場合、多胎で困るという可能性はうんと減ってきています。そうではなくて、体外受精を使わないで、排卵障害があって、注射薬を使って、5個、6個、できてしまったとき、そこでどうするかというのは、非常にジレンマがあります。排卵誘発剤の注射を使うような人は大抵、皆さん、重症です。なかなかうまくいかなかった、最後の手段ということで、これをやります。それでもなかなか育たない人が多いです。5個、6個の卵をここで諦めて撤退するか、思い切って排卵させるかというのはものすごく悩むところです。

2 精子提供をめぐる問題

精子提供に関しても最近になって問題となっています。実は昭和30年代の初めぐらいから、AIDと言いまして、他人の精子を使った人工授精というのが行われていました。主に慶應大学、その関連大学、関連病院で医学部の学生をドナーにしているのですが、優秀なお子さんができるみたいで、あるお子さんがお医者さんになられて、医学部の実習等で自分のDNAと親のDNAが違うということに気が付いて、「お父さんとちょっと違うよ」と。それで、いろいろ聞いてみると、実は僕はAIDで生まれて、育ての親だと思っていた人が遺伝学上の父親ではなく、遺伝学上の父は医学部の学生だった人だということがわかり、出自を知る権利とか、そういうのがいろいろ出てきまして、今ちょっとした社会問題になっています。今、日本でAID出産児が1万人以上いらっしゃいます。その中で何人かがそういうことを知りたいということで、いろんな調査をしています。もちろん、医学部にはちゃんとした台帳がありますので、あなたの本当のお父さんが誰かというのは大学の方では特定可能なのですが、そこで教えていいかどうかは、難しいところがあります。

生殖医療技術はいろんなものがあるのですが、1人の医者の思い付きだとか、1つの大学、1つの学会の決め事ではなかなか前に進まなくて、最終的には法的整備してもらわないと、どうしようもないところがあります。

3 提供卵子をめぐる問題

体外受精はご存じの通り、排卵させた卵子を採ってきまして、精子を振り掛けて、受精卵にするわけです。卵分割した段階で、子宮の中に戻します。人間の細胞の中で、裸の卵子というのは一番大きな細胞なのです。ですから、精子の凍結というのは非常に簡単で、昭和30年代からやっていたのですが、卵子の凍結というのはとても難しく、ガラス化法という方法が出来たのは、つい最近です。ガラス化法で、卵子凍結が可能になったので、裸の卵子を取っておくというのが可能になりました。ですから、さっきのお話じゃないですが、40歳で子供を産む、50歳で子供を産もうというときに、「卵子を取っておけば良かった」ということが、今は可能なんです。だけど、そんなことを言うのは、私は良くないと思います。20代の卵子を取っておいて、仕事がひと段落して50歳になったから、それに好きな人の精子を振り掛けて、私の体に戻すというのはちょっとこれは問題が大きいという気がします。

今、どういうことで応用しているかということ、白血病なんかのときに使います。白

血病で、骨髄移植で一白血病は今、助かるようになりましたが、白血病の治療のときには超大量抗がん剤というのを使いますので、白血病治療をすると、精巣とか卵巣が完全に破壊されてしまいます。白血病は結構、若い人に多いですが、卵子の凍結は医学的な適用があれば今はできる時代になっています。ただ、自分の都合で、今は国家試験で忙しいから、卵子取っておいてというのは、まだ許されておられません。

体外受精は最初の頃、とても大変で、腹腔鏡を使って、卵子を採っていたのですが、最近は経膈超音波といいまして、下の方から超音波を覗きながら、針を刺しますので、それほど難しい技術ではありません。ただし針を刺しますから、多少の痛みは伴いますので、局所麻酔などが必要になります。ですから卵子提供をするということは、卵子提供をしてくれるドナーの人は、こうやって針を刺して、卵子を採るわけです。精子を採るというのは、別に痛くもないし、簡単に採れますが、卵子提供のドナーになろうという人が卵子を提供する場合は、排卵誘発剤を使って、意図的な過排卵を起こして、しかも針を刺して卵子を抜くという大変な思いをしているわけです。だから、ドナーの人も大変です。

卵子提供の問題点	わが国における現状
<ul style="list-style-type: none"> • 母親とは遺伝子上は他人となる • 超高齢出産となるため、リスクが高い • 経済的な問題: 出産はゴールではなく、子育てのスタートである • 法整備が不完全である: 現法では、出産した母がその子の親となる 	<ul style="list-style-type: none"> • 他人の精子を用いる、AIDは認められている(昭和30年代初めより行われてきた) • 卵子提供、代理母: 日本産科婦人科学会および日本生殖医学会(旧、日本不妊学会)により禁止されている • ただし、法律による禁止ではない(行なった患者、医師は罪に問われることはない)

4 高齢出産の問題

ともかく出産年齢が今上がってしまして、1950年代は20代前半、60年から2000年ぐらいの40年間は結構、長いこと20代後半が主流だったのですが、2005年ぐらいから30代前半が主流になっておりまして、2005年から先は統計を取ると、30代のお産の方が20代より多いという完全な逆転現象が起きています。不妊外来を受診する女性も、今申し上げた通りで、患者さんの高齢化がすごく目立っているのです。要するに、20代で結婚する人っていうのは少ないのですが、その人たちはすぐ子どもがでちゃうんです。ですから、不妊外来にあまり来ません。不妊外来の統計でも、うち

の病院の場合は大体、35歳ぐらいが平均で、どこで線を引くかということが非常に問題になり、なかなか線を引けないというのが本当のところ。一応、私が若い頃は、40歳過ぎたら肩叩きというのをやっていたのですが、今、初診で来た時に40歳過ぎている人が結構多いですから、うちでは一応、45歳ぐらいで線を引くようにはしています。ただこれには明確なガイドラインもありませんし、もちろん法律もないので、患者さんの要望を受けたら応えないといけないのが苦しいところです。ですから、さっき注射器で入れる人工授精の話をしましたけど、人工授精で簡単に妊娠する人はうんと減っていて、高度不妊医療の技術を使わないと妊娠しない人がほとんどです。

超高齢出産数の変化

	45-49歳	50歳以上
1950	4213	311
1960	864	78
1970	523	25
1980	257	1
1990	224	0
2000	396	6
2005	564	34
2008	594	24
2009	684	20
2010	773	19

5 人工配偶子をめぐる問題

次に人工配偶子、これは人工精子、人工卵子の問題についてですが、これは、夢物語ではなくて、現在可能になってきています。iPS細胞を使う方法もあるのですが、iPSを使わないで、意図的に減数分裂をさせた細胞をそこで止めてしまう。それで、人工の配偶子を作る。実際にもう子供が生まれています。ネズミとかウサギの類ですが。大型ほ乳動物ではまだです。もちろん、人間ではまだです。人間ではもうちょっとしたら応用が始まると思いますが、多分iPSを使うことになると思います。これは何がいいかといいますと、例えば、卵巣がんで卵巣を取ってしまった人も子供が産めるチャンスが巡って来ます。卵巣がんは結構、若い人にも起こりまして、20代で卵巣がんになる人もいます。20代で卵巣を取ってしまうと、子供が産めないというのが常識だったのですが、今はiPSの技術が進んできたので、まだ人間に応用するには時間が掛かるとは思いますけど、恐らくこの5年から10年の間で、人工卵子というのがiPS

で出来ると思います。そうしたら、卵巣がんで卵巣が無くなった人にとっては大いなる福音です。自分の卵子ができるわけですから。子宮があれば、自分で産めるわけです。子宮も取ってしまった人には代理母をお願いするということになります。これはもっと時間が掛かるとは思いますが、iPS細胞を使った人工子宮の開発というのが実はアイデアとしてあります。ですから、iPSで心臓を作ったり、肝臓を作ったりというのできるのなら、当然、子宮もできるわけです。そうすると、例えば、子宮も卵巣もがんとか、いろんなことで取ってしまったという人が10年ぐらいて、結婚年齢になって、好きな人ができたというときに、その人のiPS細胞を使って、子宮と卵巣を作ってあげれば、その人が子供を産めるという時代になってきています。これは、私が若いころは夢物語だったのですが、もう夢物語ではありません。

6 性的マイノリティーと出産

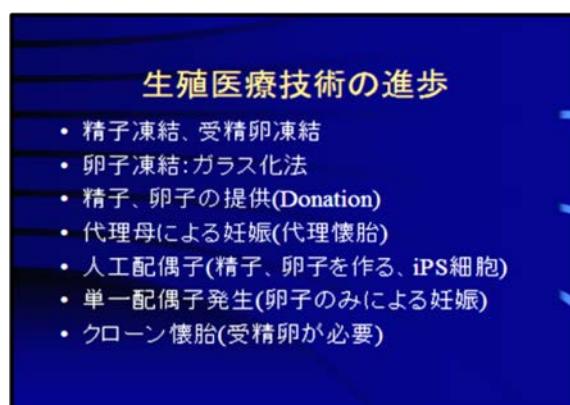
それから、もっと進んだ話をします。同性愛者の結婚でも、子供が産めることになります。レズ同士の結婚だと、一方の方はそのままいいのですが、男役の人の場合は、細胞を採ってiPS化して人工精子を作ってあげればいいのです。その人工精子と相手の女性の卵子を使えば、受精卵ができますから、女役の人の子宮に戻せば、レズ同士でも子供が産めます。ただし、当然これはx染色体しかありませんから、絶対女の子しかできません。その逆も可能でして、ゲイ同士の結婚です。最近、アメリカは同性婚が認められたといいますが、必ず、次の段階として子供が欲しいというのが出てくる。今は養子縁組をしていると思うのですが、ゲイ同士の結婚でも、男の人の細胞から人工卵子を作れば、受精卵ができます。ゲイの場合は子宮がないので、代理母をお願いすることになります。これはもうちょっと遠い話になりますが、男の人に子宮を作るというのも技術的には不可能ではないと思います。男の人に子宮を作って、その中に受精卵を入れれば、男が妊娠するということが可能なんです。もちろん、膈まで作るというのは大変なことになりますから、お産は全部、帝王切開で、多分、子宮に関しては1回使い捨てになると思いますけど、そういう時代が何時か本当に来ると思います。

それから、単一配偶子の発生というのは、卵子から子供を作るという方法です。一般的には卵子と精子で、減数分裂した細胞が融合して、受精卵ができるのですが、これもつい最近、ネズミとかの実験ですけど、卵子同士を細胞融合させて、受精卵を作ることに成功しています。当然、卵子同士ですから、生まれてくる子供は全部メスで

すが、そういうことが実際に動物実験では可能になっています。ということは、もう男はいらなくて言われそうですが、男の子を作るためにはやっぱり精子が必要ということはありません。

7 クローン懐胎の問題

クローン懐胎とは、これはクローン人間のことです。これは今のところ、世界中で厳しく規制がかかって禁止されていますけど、どこかの独裁国家の誰かがうんとお金を積んで、優秀な学者を引っこ抜いてやってしまうかもしれません。クローンで子供を作る場合には、受精卵は絶対必要になります。クローン化した細胞を採って、細胞核を受精卵の中に入れます。受精卵の中にはもちろん、核が入っていますから、核を抜いて捨てます。クローン化した核をその中に入れて、細胞融合させる。もちろん産むためには子宮が要りますから、誰かの子宮を借りて子供を産むということになります。クローンに関してはドリーという羊が有名ですが、ドリーは短命でした。テロメアという細胞分裂を寄生する遺伝子がやっぱり年とともにどんどん劣化するので。例えば今私が62ですけど、私が今クローン作って子供を作ったとしたら、その子の寿命は長くても20年から30年ということになるわけです。しかし、テロメアに関してもかなり研究が進んでいまして、それを元に戻すという技術がもう出来ていますので、私が今クローンを作っても出来た赤ちゃんは70年から80年の寿命があるということができる時代になっています。ただし、人間に対しては、クローンは今のところ禁止です。小さな動物ではネズミ、ウサギ、ペットの犬、猫、馬、牛、その辺までもうクローンがつくられています。



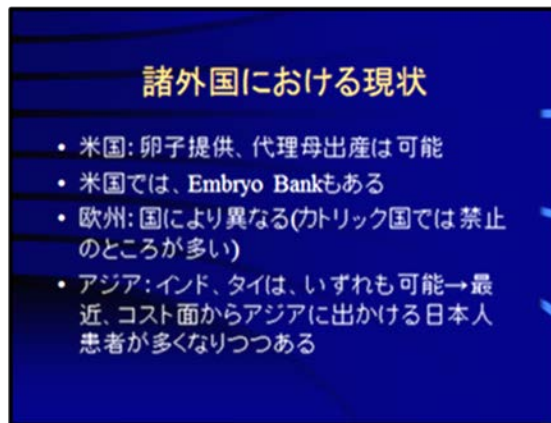
8 海外における配偶子の提供

わが国における現状ですが、精子に関しては先ほど言いましたように、AIDというのが歴史的な経緯で、昔からやっているということで、何となくOKになっています。ただし、卵子提供や代理母に関しては産婦人科学会とか生殖医学会、昔の不妊学会の自主規制で禁止されています。ただ法律では何もできていないので、例えばこれをやったから、先生や卵子提供者が刑務所に入るということは絶対ありません。その辺がものすごく置き去りにされているところで、これをきちんと法整備しておかないと患者さんにとってもお医者さんにとっても不幸だと思います。

外国ではどうかといいますと、米国では卵子提供、代理母出産は可能です。州によって、駄目というところもありますが、ほとんどは可能です。アメリカでは有名ですが、エンブリオバンクというのがあります。胎児銀行と訳します。これは、どういうものかという、例えばオリンピッククラスの体操の選手の精子とか、スーパーモデルの卵子とか、そういうのが売っています。もちろんお金はかかりますが、オリンピッククラスの男子の精子と、スーパーモデルの卵子を掛けて、子宮に戻して、自分が産む。お金持ちは、誰かに産ませることをやっています。そうすると、自分の子供でもなんでもないし、優秀な養子でももらった方がいいと思うのですが。ただ、システムとして、エンブリオバンクというのがあります。

ヨーロッパはやはりカトリックの影響が多くて、カトリック国では原則、全部禁止です。アジアが今注目されていまして、インドとタイが全部可能です。費用的にアメリカに行くより、うんと安いということで、最初アメリカで一生懸命やっていた人が、今はインドとかタイに出掛ける人が多いです。わが国ではどうかといいますと、卵子提供や代理母、さっき言いましたように一部の施設でもうすでにやっています。学会がいくらストップをかけても、草の根的には始まっています。ただこれは、勝手にやっていいという問題ではなくて、法整備してくれないと本当に困ります。特に相続の問題に関してきちんと法整備をしておかないと、大変なことになると思います。

外国での治療に関しては、日本には数多くコンサルタント業者というのがおりまして、実際にタイのお医者さん、インドのお医者さんなんかみんな知りませんから、そのコンサルタント業者が仲介をして、紹介をする。アメリカに関しても同じです。

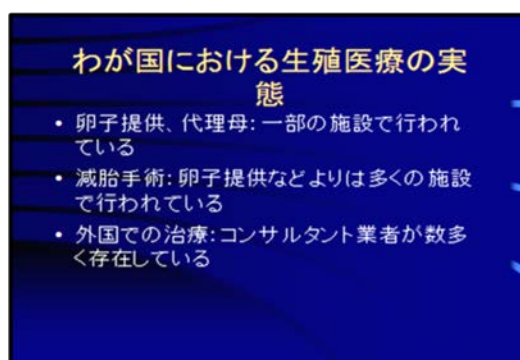


9 中絶に関する問題

中絶に関しては、母体保護法、昔の優生保護法というのがありますが、終戦直後にできた法律で、これができた経緯をご存じの方はあまりいないと思うのですが、戦後満州とか南方から日本人が沢山引き揚げて来たのですが、引き揚げて来る段階で、若い女の人は大抵、外国人に強かんされてしまったのです。強かんされて日本にやっとなり帰って来て、気が付いたら妊娠していたという事態が多発しました。これはあまりに気の毒だということで、中絶を合法化しようということになり、優生保護法ができました。現在は優生保護という言葉がふさわしくないということで母体保護法に名前が替わりましたが、そういう経緯があります。今、日本では妊娠の21週と6日まで、人工中絶が可能です。減胎手術なんてことは考えも及ばなかったのです。現在の母体保護法では中絶は可能なのですが、1個だけ中絶というのはあり得ないのです。どうなるかという、例えば三つ子ができた時に、3つともおろすのはOK、減胎は駄目、産むのだったら3人とも産みなさいと言うんです。これはほんとに法律しか知らない人が言っている話で、現実問題には全然即してないのです。ですからやむなく、1つだけ、あるいは2つだけ潰して、双子にする、1人にするというのをやっています。技術的にはそれほど難しいことではありません。非常に安全にできます。ただ法整備が全く不十分なので、患者さんも何となく、つらい思い、何となく悪いことをしているという思いを持ったり、私たちも何となく、悪いことをしているという感じを持ってやってるというのが実情で、実はとても嫌なことなんです。

中絶に関して、もう1つ言っておくと、21週と6日まではおろせませうと言ったのですが、実際問題20週前後で中絶をしてくれと、うちの病院なんかにも来ることもあるんです。いろんな事情があるんですが、最近の多くは高齢出産が増えているという

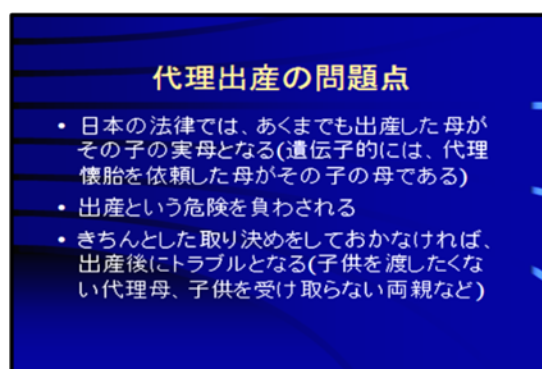
ことで、羊水の検査をしたり、いろんな検査をした結果、ダウン症が分かったと。そういうときに、「おろしたい」ということでいらっしゃるのです。お母さんの血液の中に、赤ちゃんのDNAのシーケンス（配列）があるということで、お母さんの血液をちょっと採るだけで、ダウン症とかそういうのが分かるというのがアメリカで、もう開発されています。日本に持ってこようとしたら、大騒ぎになっていますが、私たちから言わせれば、大騒ぎする方がおかしいとしか言い様がないです。今の技術を使えば、10週で分かるわけで、11週で中絶すれば、中期でもなんでもない。普通の中絶で終わってしまいます。もちろん、中絶がいいか悪いかは別の問題で、それに関してはまた別な話なのですが、21週と6日までおろせるから、21週でおろせばいいじゃないかっていうのは、とんでもない話だと私は思っています。ですから、あの技術はできるだけ早く普及していただくべきで、中絶する、しないはその人の考え方ですが、診断方法があるときに、法で縛りをつけるのはどうかと思います。



10 代理出産をめぐる問題

それから、卵子提供の問題点をちょっと言っておきますけれど、卵子提供はさっきの精子提供と全く同じでして、遺伝子的にはその母親とは赤の他人です。ですから、お子さんが大きくなった時に親子鑑定をすれば、一発で分かってしまうというのが本当のところ。これも、先ほどおっしゃった通り、超高齢出産です。リスクが本当に高いです。経済的な問題もあります。出産っていうのはゴールではなくて、子育てのスタートですから。それから、法整備が全く不完全で、今のところ日本では法的には生みの親がその子の親です。ですからDNA的には全然つながってなくても、実母、実子ということになります。代理出産はその逆で、遺伝子学上は完全に実子、実母です。ところが、法律が邪魔してしまっていて、産んだ人がお母さんですから、外国でされた場合は養子縁組という形になってきます。向井さんというタレントさんがこの

前、代理出産をやってました。あの人は確信犯ですから、法律を変えたいということで、こっそりなんてしないで、実子登録ということで、今ものすごく法整備を迫っていますが、DNAで見ると、完全にあの父親とあの母親からの子供です。産んだのがほかの人だということです。ただ、代理出産はものすごくリスクがありまして、どんな安産でもものすごいリスクを抱えて、その上でお産が終わっているというのを忘れてはいけないので、金さえもらえばいいとか、貧乏な国だからちょっと金を渡して、言うことを聞けというのは、先進国のエゴだと思います。貧しい国の女性が出産という危険を負わされているということはいつも考えておかなければいけません。また、きちんとした取り決めをしておかないと、絶対にトラブルになります。アメリカなどでは結構ありまして金に物を言わせるというのが結構います。「私はモデルだから、体形が崩れるから、子供なんて産みたくないわ。あなた産んでよ。金あげるから」と言って、その人から卵子を採って、受精卵をこさえて、代理母に産ませますよね。そうした時に、代理母は子供がかわいくなってきます。オギャーと泣いて、おっぱいあげたりしていると。当然、代理出産を頼んだ人はおっぱいが出ませんから、おっぱいを出すお母さんにしばらくお乳を吸わせるわけです。そうするとお母さんの方に母性が目覚めて、子供なんか渡したくないと訴訟になったりすることがあります。こういうことも契約書で済む問題ではないですし、やっぱり法律的にきちんとしておかないと代理出産は安全といっても危険は伴いますから、万が一、事故が起こって障害が残ったとか、代理母が死んだときどうするかとか、そういうところも含めた法整備が必要だと思います。



1 1 着床前診断をめぐる問題

着床前診断ですが、これも体外受精なんかでは、さっき言ったように、卵分割を起こしまして、卵が8個とか16分割になった時に、分割した細胞1個だけ採ってくるん

です。そうすると、その部分が欠損して片足が無い子供ができるということではなく、ちゃんと細胞がまた分割して五体満足の子供ができるのです。採ってきた1個の細胞の中の遺伝子は、今は全部分析可能ですから。最も手っ取り早いのは男の子、女の子の産み分けです。これは100%可能です。ダウン症かどうかのスペリングもできます。染色体の数を勘定するだけですからこれも簡単。それから遺伝子病。遺伝子病はたくさん病気があるのですが、その遺伝病に将来生まれて来る子が罹患するかということも診断可能になってきています。ただ、日本では産婦人科学会の自主規制によってできないのが実情です。できるのはごく一部の病気だけです。どんな病気かという、特定疾患と書きましたけど、その病気になると100%、10歳ぐらいまでに亡くなるという病気でないとは駄目ということになっています。これも法律はなくして産婦人科学会の自主規制です。

私が1つ経験したケースは、多発性内分泌腫瘍（しゅよう）という病気がありまして、副腎だとか甲状腺などあちこちに初期がんみたいながんがいっぱいできる病気があります。初期がんですから、見つかった段階で手術をすれば命は助かります。その人は女性だったのですが、その病気になって今まで20回ぐらい手術をしました。好きな人ができて結婚されたのですが、これは遺伝性ですので「私の子供がもし同じ病気だったら、私みたいな思いはさせたくないから、着床前診断をしてもらえませんか」と、来たのです。産婦人科学会に倫理申請したんですけど、多発性内分泌腫瘍は死ぬ病気じゃないから駄目だと言われたんそうです。それはちょっとないだろうと思うのです。20回も手術する病気、たとえ死なないと言っても全然患者のことをわかっていないのではないのでしょうか。

受精卵のチェックをするということは私自身はそんなに悪いとは思ってないです。例えば、そこでダウン症の卵を最初から弾けば、10週になってから中絶なんてことも考えなくていいのです。いい卵だけ入れればいいという話なのです。ただし、それは命の選別につながるという根強い反対論もあります。この問題についても、1人のお医者さんの判断でやっていいことではないので、早急な法整備が必要だと思います。

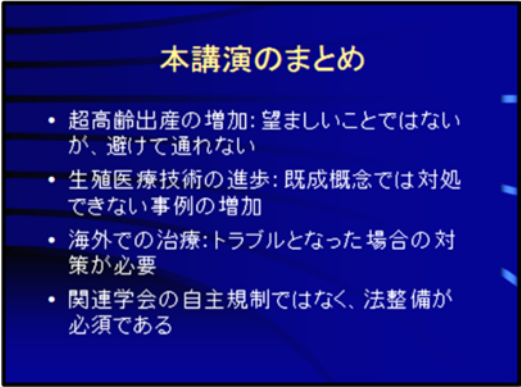
12 おわりに

女性の社会進出が目覚ましくなった結果として、超高齢出産は、望ましいことでも何でもないですし奨励するわけでも全くないのですが、避けて通れない時代になって

きています。法整備も必要です。万が一、卵子提供等の症例があったときに、周産期センターにおんぶに抱っこになってしまうことは問題ですが、そういうことも必要な時代になってきているかなという気はします。

海外での治療が今、結構行われておりますが、トラブルになった場合の対策もとおこななければならないと思います。それと関連学会の自主規制ではなくて、日本国の法律できちんとした法律を作っておいてくれないと、私たちも困りますし、患者さんたちも困るということです。以上です。どうも、ご清聴いただき、ありがとうございました。

(終了)



本講演のまとめ

- 超高齢出産の増加: 望ましいことではないが、避けて通れない
- 生殖医療技術の進歩: 既成概念では対処できない事例の増加
- 海外での治療: トラブルとなった場合の対策が必要
- 関連学会の自主規制ではなく、法整備が必須である

第22回 研究会「グローバル化時代における生殖技術と家族形成」

日時: 2013年4月6日(土) 13:00-17:30

2013年4月7日(日) 12:30-17:30

場所: 立命館大学 衣笠キャンパス 創思館カンファレンスルーム

出口顕 (島根大学法文学部社会文化学科教授)

「スウェーデンのフェーティリティ・ツーリズムと国際養子縁組」

1. フェーティリティーツーリズムの背景と問題

島根大学の出口と申します。文化人類学を専攻しておりまして、現在は北欧で、石原先生(埼玉医科大学教授)と調査を続けております。今日はその話になりますが、スウェーデンだけでなく、私自身が調査したものではありませんが、ノルウェーの事例も若干紹介しようと思います。フェーティリティー・ツーリズムとは、国内で受けることの出来ない不妊治療を海外で受けることをいいます。これには代理出産と、人工授精も入ります。例えば後で紹介するノルウェーでは、卵子提供、代理出産は禁止されています。匿名の精子提供も禁止されています。そういったことを必要とする人たちは、それらの治療が可能なアメリカやインドなどへ行くわけです。

ところで、ノルウェーやスウェーデン、デンマークなどのスカンジナビア諸国では、国際養子縁組が盛んです。不妊治療と国際養子縁組は、当事者にとってはまったく別個の事柄ではなくて連続したものです。体外受精などで子どもができない場合、国際養子縁組という方法があると、医者から代替案として示唆される現実がスカンジナビアにはあります。

言うまでもなく、国際養子縁組は外国から養子をもらうことで、養父母は養子の出生国へ出掛けて子どもを引き取るというのが今日では普通です。だとしたら、国際養子縁組もフェーティリティー・ツーリズムの1つとして考えてみることはできないのでしょうか。

国際養子縁組の主要受け入れ国とその実数ですが、一番養子縁組が多かったのが、2004年です。アメリカ合衆国が群を抜いて数が多く、2万2,884人。2位のスペインが3,648ですから、2位以下は1万に届いていないわけです。スウェーデン、ノルウェー、デンマークというのは、一番多いときで1,100とか、706、528というように、アメリ

カの1割以下だったわけです。

国際養子主要受け入れ国と実数

受け入れ国	1998	2001	2003	2004	2006	2007
合衆国	15,774	19,237	21,616	22,884	20,679	19,613
スペイン	1,487	3,428	3,951	5,541	4,472	3,648
フランス	3,777	3,094	3,995	4,079	3,977	3,162
イタリア	2,233	1,797	2,772	3,402	3,188	3,420
カナダ	2,222	1,874	2,180	1,955	1,535	1,713
オランダ	825	1,122	1,154	1,307	816	778
スウェーデン	928	1,044	1,046	1,109	879	800
ノルウェー	643	713	714	706	448	426
デンマーク	624	631	523	528	447	429
オーストラリア	245	289	278	370	421	405

(ピーター・セルマンのデータから作成)

けれど、人口10万人に対する養子縁組の割合で見ると、先ほどの2004年はノルウェーが15.4%、2006年、2007年に9.6%、9.1%と徐々に割合は減っていますが、割合の上ではずっと世界1位です。スウェーデンは世界2位とか3位ということで、そしてデンマークが次いでいるという状況です。世界第2位に近年スペインが入り込んでいますけれども、スペインを除くとスカンジナビア諸国の方が、割合でいうと世界の上位にいるわけです。

国際養子の割合

国	2007	人口10万人に対する養子縁組の割合			
		2006	2004	2001	1998
ノルウェー	9.1	9.6	15.4	15.9	14.6
スペイン	8.2	10.2	13.0	8.6	3.8
スウェーデン	8.8	9.7	12.3	11.8	10.5
デンマーク	7.9	8.3	9.8	9.8	11.8
アイルランド	9.1	7.4	9.8	9.3	3.3
オランダ	4.7	5.0	8.1	7.2	5.3
合衆国	6.4	6.8	7.8	7.6	5.8
フランス	5.1	6.5	6.8	6.7	6.4
カナダ	5.2	4.7	6.1	7.0	5.3
イタリア	5.8	5.4	5.9	4.8	3.9
ベルギー	3.4	3.7	4.5	4.2	4.8
オーストラリア	2.0	2.1	1.9	1.4	1.3
イギリス	0.6	0.6	0.6	0.5	0.4

今日の報告をしていく上で、2つの問題提起をしてみたいと思います。まず第1点は、ファティリティ・ツーリズムというときに、不妊故に旅立つのか。また、子どもとの間に遺伝的な繋がりを求めるか、あるいはそういうことにこだわらないか。そして、それによってできる家族は核家族であるのか。もう1点目としまして、私的な領域つまりドメスティックな領域と、公的な領域つまりパブリックな領域の境界が、あいまいになっているのではないかと。この2つの問題に沿って事例を見ていこうと思います。

2. 国際的養子縁組を選択した事例

まず、国際的養子縁組を選択したものとして4つの事例を紹介してみたいと思います。最初のもは、精子バンクで精子を購入して子どもを産むのではなくて、国際養子縁組を選択したシングル女性です。それから2番目は人道的な点、つまり自分たちは不妊ではないけれども、国際養子縁組を選択した夫婦。3番目は、インドで卵子提供者・代理母と契約して、双子の父親になったシングル男性。この場合は、彼自身の精子を使って子どもが生まれています。そしてノルウェーのゲイカップルに、代理出産で子どもができたというケースです。

最初の例は、シングル女性スウェーデン女性が、はじめは中国から、次いでベトナムから子どもを迎えたケースです。彼女は1969年生まれで、看護師をしています。以前付き合っていた男性が子どもを持つことに関心がなかったのですが、本人は母親になりたかった。男性との関係よりも子どもを持つことのほうが重要であるということで、提供精子を使って子どもを産むことも考えました。しかし、彼女の住んでいるルンドから国旗洋に架かる橋を渡ってすぐのコペンハーゲンの精子バンクでは提供者が匿名です。精子を買って子どもを産むと、最初から父親が誰か分からない子どもを産んでしまうことになり、それは正しくないやり方だろうと考えた。一方、親に捨てられたとか、親のいない子は、養護施設で育つべきではないという思いもあり、提供精子で子どもを持つのではなくて、国際養子縁組で家庭をつくろうと考えました。出自を知る観点からも、国際養子縁組の場合、原則として親が誰か分からないわけですがけれども、探せばもしかしたら、誰であるか突き止められる可能性があります。これに対して、提供精子ではこのようなことはありません。だから、養子縁組でシングルマザーになる決心をしました。2002年にソーシャルワーカーとコンタクトを開始して、先ほどの長女は生後14カ月で中国からスウェーデンにやってきました。中国を選んだのは、シングルマザーでも養子縁組を認めている数少ない国だったからです。ただ、中国は2007年に方針転換をし

て、シングルの人が親になることを認めない国に変わってしまいました。そこで 2007 年に、次女をベトナムからもらうということにしたわけです。



3. 不妊ではないが、人道的観点から国際的養子縁組を選択した夫婦の事例

2つ目の事例に移ります。この事例の男性は先ほどの女性の弟になります。この夫婦は実子が生まれる前に、結婚当初から養子縁組で家族をつくることを話し合ってきました。そして、姉が中国から養子をもらったので、中国から養子をもらえば、姉の子どもと同じ国出身のいところができるということで、中国からの養子縁組を考えていました。2012年の8月に、夫婦は中国から男の子を養子にもらうことができました。中国から男の子を養子にもらうということは何を意味するかというと、ほとんどの子が障害を持っているということです。スペシャル・ニード・チルドレンという言い方をしますが、障害を抱えた何らかのケアが必要な子どもが多いといわれています。残念ながら昨年このご夫妻に会うことができなかったので、実際その男の子がどのような障害を持っていたかということには分かりませんが、例えば、生まれた当時は口唇裂で捨てられていた子が引き取られるというケースがあるわけです。アメリカの養父母の場合には、障害を抱えている子どもは引き取らないという人が多いのですが、スウェーデンの場合はむしろそういうことにこだわらない養親が多いです。

4. インドで卵子提供者・代理母と契約したシングルの男性

三つ目の事例ですが、42歳のノルウェーの女性が2010年にインドで代理出産契約をしたというものです。これは、大きな事件になりました。この42歳のノルウェー人女性は、シングルの女性ですが、彼女は匿名のインド人女性の提供卵子と、それからデンマークの精子バンクで購入した匿名の提供精子からできた受精卵を使って、インド人

代理母に出産してもらいます。双子の男の子が生まれました。しかし、ノルウェーの法律では、国内での卵子提供は禁止されています。代理出産も禁止されています。提供精子は非匿名であると法律で決まっています。ノルウェーの法律では、遺伝子の繋がりがあり、妊娠・出産した者が法的な母とされます。彼女の場合は、そのようなケースには当然ながら当てはまらないわけです。ノルウェーの法律に則した当局の考え方に従うならば、妊娠・出産し、遺伝上も繋がりのある女性が法的な母親となり、子どもにノルウェーの市民権を与えられます。あるいは、遺伝上、父親であるということが証明された男性がノルウェー人である場合に、子にノルウェーの市民権を与えることができると当局は考えました。そうすると、この42歳の女性が契約で産んでもらった双子の男の子は、ノルウェー人ではないということになります。しかし、養子縁組するなら彼女は母親になることができます。いわゆる普通の養子縁組とはちょっと違うわけですが、同じような養子縁組の審査をさせて許可するというのもできるのではないかと当局は考えたわけです。当局がこう考えたのは、当初この女性が自分は遺伝上の母だと偽っていたからです。ノルウェー人男性の場合は、遺伝学上の親であれば、子どもにはノルウェーの市民権を与えることができます。遺伝学上の母であり、それが証明されれば、男性の場合に準じて子どもにノルウェーの市民権を与えてもよいだろう。しかし「生みの母」ではないから養子縁組だと当局は考えて、DNA検査を彼女に求めたのですが、そのときになって、実は自分が遺伝上の母ではないということを彼女は明らかにしたわけです。これは、ノルウェー当局の心証を害してしまいました。そして、もうノルウェーに戻ってくるな、インドかほかの国で永住するよというのを言われたのです。

一方、インド当局は、契約者が親であると考えました。だから生まれた双子はインド人ではないことになります。しかしノルウェーからも国籍を与えてもらえない。ということで、15カ月間、双子には国籍がないという中ぶらりんの状態が続きました。現在は帰国が許されて、この女性は保護者だけれども母親ではないという事態になっています。養子縁組がまだ認められていないわけです。だから保護者であるけれども、母親ではないというような、そういうケースになっています。

5. ノルウェーのゲイカップルが、代理出産で子どもを得たという事例

次に紹介するのは、43歳のスウェーデン人男性、シングルの男性ですけど、インドで卵子提供者を見つけて、そして別の女性に代理母になってもらって、自分の精子と卵

子提供者の卵子でできた受精卵をインド人代理母に産んでもらって、女の子の双子が生まれたというケースです。



2012年5月に双子の女の子が生まれており、石原先生と2012年9月に取材したときには、彼は育児休暇中でした。復職したら、近くに住んでいる親兄弟の家族が子どもの世話をしてくれると言っていました。インドから帰国した当初は、先ほどのノルウェーの女性と同じように、あくまでも双子の法的な保護者でしかなかったのですが、2012年12月に父親として正式に認定されたとのことでした。

代理出産契約をした理由は、当初は2年前にある女性と相談して、体外受精により2人で親になることを決めました。体外受精を用いるということは、つまり性行為によらないで親になることを相談して決めたということですが、女性が体外受精の採卵のために投与される薬の副作用で、性格の浮き沈みが激しく激高しやすくなりました。そのため、彼女と付き合いを維持することが困難になって、1人で親になろうと決意したとのことでした。

シングルのスウェーデン人男性は養子縁組することが認められていないので、インドで代理出産契約をしたのだと彼自身は言っていました。なぜインドにしたかという点、養子縁組よりは、はるかに待機時間が短いということもあるし、それからアメリカやウクライナなどに行くよりは、インドのほうが費用が安いからです。今年の1月から、シングル男性の代理出産契約は、インドではどうやら不可能になったと彼は考えています。

当初はウクライナで卵子提供者を見つけるということも考えました。そうすれば生まれた子どもは自分とそっくりの白人の子どもができるからです。しかし卵子提供者もインド人にしてよかったと今では思っているそうです。なぜなら卵子提供者がウクライナ女性だと、子どもが、産んだ母親、つまりインド人代理母にまったく似ていないことに

なる。それは子どものためによくないだろうと思ったということです。

彼は、とにかく父親になりたかったようです。彼は、明らかにはしませんでした、
どうやらゲイのようで、兄弟姉妹と違った形ではあっても自分もやっぱり子どもの親に
なりたい、子どもを育てたい、そういう強い気持ちをずっと持っていました。

生物学的なつながりというのは自分にとってはそれほど重要ではないけれども、自分
の精子を使った代理出産しか方法がなかったからそれを選択したわけです。そして、親
兄弟や甥・姪が近所において、いつも自分と赤ん坊の面倒を見てくれる。となると、自分
が働いている間はどこかの保育園にサポートを求めるといふこと以外にも、親兄弟がサ
ポートしてくれるという支えが子供をつくろうという背景にあったようです。

6. ファーティリティー・ツーリズムと家族

これはメルフェウスというノルウェーの人類学者が紹介している例ですけれど、ノル
ウェーのゲイカップルがアメリカへ行って、カリフォルニアで代理出産をすることによ
って、子どもの親になるという事件です。2人は自分たちのどちらかの精子を使って、
卵子提供者を見つけて、かつ代理母をカリフォルニアで見つけて、子どもを産んでもら
ったわけです。

ゲイのカップルはアメリカで子どもをつくって、そしてノルウェーに帰ってきます。
このときのノルウェー当局の対応の仕方が問題になります。子どもにアメリカでの出生
証明書はあるけれど、ノルウェーでは2人の父親を子どもの親として登録するというや
り方はない。そういう場合に、どういうふうに対処するかというと、ひとつは、両親が
いない子として子を登録して、登録番号を与えて、ゲイのカップルを保護者と認める
というもの。

もうひとつは、DNAテストを受けさせて、生物学的な父親であるということが分か
った方を父親として認めるというもの。子どもはノルウェー人が父親であることが分か
るから、ノルウェーの市民権を与えることができます。一方生物学的な父親でないほう
は、子どもを養子縁組すれば、両方が親になるやり方があるだろうということで、当局
はDNAテストをカップルにするように求めたわけです。

その背景には、生物学的な父親が法的な父親だという考え方があるわけです。これは
2003年のノルウェー法の改正で、提供精子によって子どもが生まれる場合には、その
精子提供者は非匿名でなくてはならないということが法律で決められたことによるも
のです。18歳になったら、提供精子で生まれた人は自分の生物学的な父親を知る権利

が保障されているわけですが、生物学的な父親と、社会的な父親が異なるということが公になった場合は、生物学的な父親のほうが真の父親であると法律で定めたのです。つまり、社会的父親が真の父親とは言えないという、父親の意味が変化してきたという背景があってその上で、ゲイのカップルのどちらが本当の父親であるかということを決めなければいけないときには(そうでないと子どもに市民権が与えられない)、DNA検査が必要になってくるわけです。

しかし、ゲイの二人はこのDNA検査を拒否します。というのは、生物学的な父でないほうが子どもを養子にするというのは、当初の自分たちの子どもをつくろうとした考え方に反するからです。つまり、遺伝的なきずながあるかないかにかかわらず、子どもは二人のものだと考えたわけです。生物学的なきずながあるなしというのは、そんなに重要ではない、子どもは等しくカップルのものだという、そういう当初の考え方をDNA検査は駄目にするということで彼らは拒否しました。

これはある意味で、伝統的な父親観に近いものです。つまり普通に言って、私の息子と娘は本当に私の息子と娘であるかというのは、私の家内のみが知ることで。私は本当に生物学的な父親なのかというのはわかりません。それでも育てれば親だという考え方が以前のノルウェーの社会にはあったのですが、そういう考え方に近い、伝統的父親観に彼らは回帰しているようにもみえるということです。

ただその一方で、彼らは母親を軽視、もしくはまったく否定しているわけです。代理母は単に産んだ女性である、卵子提供者を母親とは見なさないこのゲイのカップルは考えているということで、その意味では、昔も今も遺伝的につながりがありかつ産んだ女性が母親であるというノルウェー社会の考え方に大きく反する。その意味では伝統的考え方に彼らは挑戦しているとも言えます。

今までのところをまとめます。まず、いわゆる不妊だからツーリズムに出るわけではない。人道的な観点から養子縁組をする人だけではなくて、ゲイのカップル、あるいはシングルの人でも、不妊故にツーリズムに出るわけではないということです。

それからもう1つ、親であるということは、自然に授かったものであるというよりも、むしろ国家から獲得すべきもの、あるいは何か証明を勝ち得ようとするものになっていることがあります。とりわけそれは、シングルファーザーやノルウェーの例によく見られるわけですが、結局のところ、国家間での法律の壁というものが否定しがたく大きく立ちはだかっているからということがあります。

そしてファティリティ・ツーリズムで子どもができた場合に、子どものいる家庭と

いうのは、父母共にいる家庭とは限らない。さらに核家族ではなくて拡大家族的な傾向、これはシングルファーザーの例ですが、親や兄弟姉妹、つまり子どもから見れば、おじいさん、おばあさんや、あるいは、おじ、おばなどが助けてくれるという、そういう拡大家族的なつながりというものがあります。そして、代理出産しても遺伝的なつながりが最優先事項ではないと考えられていることも指摘できます。

- 不妊だからツーリズムにできるわけではない。
- 親であること=自然に授かったものというより、国家から獲得すべきもの（シングルファーザー、ノルウェーの例）←国家間の法律の壁
- 父母両方いる家庭とは限らない。拡大家族的傾向（シングルファーザー）。
- 代理出産しても遺伝的つながりが最優先事項ではない。

7. 私的領域と公的領域の曖昧化

次に問題提起の2に移ります。つまり公という概念が、私的領域という内部に入り込んでいるのではないかということです。この点について、国際養子縁組に見られるダブルアイデンティティーという考え方を取り上げてみたいと思います。

ダブルアイデンティティーというのは、養子はスウェーデンの市民であるだけでなく、出生国の一員でもある、生まれた国の文化の一員でもあるということを養子に意識させよう、生まれた国の文化に誇りを持たせようという考え方です。そのために、生まれた国の文化に子どもが触れるようになることを養父母は心掛けるのです。

そこで養父母は、子どもを引き取りに養子の出生国へ行った場合に、このようにミニチュアの国旗を買い求めてリビングに飾るとか、あるいは「韓国の仮面」と書かれた韓国の仮面をリビングに飾るとか、先ほどの韓国の仮面を絵にしたような美術品を玄関に飾っておくというようなことをすると。



あるいは中国から子をもった場合には、中国の旧正月を祝う、あるいは中華料理を旧正月のときに食べさせたりするなど、出生国の文化に触れさせて、スウェーデン市民の一員であるだけでなく、韓国の一員、中国の一員でもあるという意識を植えさせようとするわけです。

ダブルアイデンティティーという考え方は、先ほどのシングルファーザーにも見られます。彼は、まだ子どもが理解できていなくても、絶えずインドに子どもたちの母親がいるということを話して聞かせています。これはノルウェーのゲイのカップルとは異なる考え方です。インド料理もよく食べさせています。

スウェーデンでは国の休日、それから家族や親族の特別な行事がある日には国旗を飾る習慣があるのですが、間もなく双子の誕生日になるので、そのときにはスウェーデンの国旗だけではなくてインドの国旗も掲げようと考えているそうです。彼自身、父親がスウェーデン人、母親がドイツ人という「混血」なので、ダブルアイデンティティーという考え方は自分にとっても幼少のときから重要だったけれど、双子にもダブルアイデンティティーということを持たせていきたいと考えています。

ダブルアイデンティティ 家庭の中にある出生国

- 養子はスウェーデンの市民であるだけでなく、出生国の一員でもある
- 養子に生まれた国の文化に触れさせる
- 養親は養子の出生国の国旗、本、美術品、音楽 CD を買い求める。
出生国の年中行事を祝い、エスニック料理を食べる。

このように養子縁組家族や、それから先ほどのシングルファーザーの例でも、出生国、

あるいは出生国との関係が家庭の中に入り込んでいるわけです。ただ、そのほうが養子のアイデンティティーの在り方、あるいは養子のアイデンティティーについての「語り」を大きく規制することにもなります。ダブルアイデンティティーと言いますが、それはダブル・ナショナル・アイデンティティーのことです。しかし、ナショナルアイデンティティーがアイデンティティーのすべてではないはずで

例えば、スウェーデンのスコーネ地方でそだった養子の人たちは、自分はスコーネ人だという、そういう意識を普段の生活から持っているかもしれない、ストックホルムで育った養子は、自分はストックホルム子と思っているかもしれないと。そういう、スコーネ人、ストックホルム市民というアイデンティティーもあるでしょうが、それにもかかわらず、とりわけ外見が違うという身体的な要因のために、法律上はスウェーデン人であるにもかかわらず、周囲の人たちは韓国人であるとか、あるいは中国人であると受け止めてしまっているわけです。

そしてナショナルアイデンティティーについても、本人が、自分は100%スウェーデン人であるというふうに自己規定しているにもかかわらず、出生国、例えば韓国とのつながりや、韓国へのこだわりを周りが求めているということがあります。韓国へまだ行ったことがない養子に対して、まだ行ってないの？ あるいはいつ行くのか、さらには、韓国で生物学的親を探そうと思わないのかというような声掛けを、周囲はいつもしてくるわけです。

このダブルアイデンティティーというのは、矛盾した奇妙な観念です。生物学的なつながりや絆は、さして重要ではないと先ほどのシングルファーザーは言いましたし、多くの養父母にもこのことはあてはまると思います。彼らそして養子たちにとっても、日々の育ての関係の事実がずっと重要なわけです。

けれども一方で、子どものルーツ、起源、誰が産んだか、どこで生まれたかというのは無視できないという語りを、シングルファーザーなどはしているのです。インド人女性が代理母であった場合、インドが生まれた国というように、インドという存在が決して無視したり消すことができないものとして家庭の中に居座っているのです。

生物学的絆は重要ではないけれど、生物学的な起源や由来は大事だということを意識しているわけです。この発言が矛盾であるということを気付かせないほど、ダブルアイデンティティーという考え方は浸透していると思います。

出生国との関係というのは、さらなる家族づくりにも影響を与えます。例えばシングルマザーを中国が認めなくなった。他にシングルマザーを認めているのはベトナムです

が、今現在、スウェーデンはベトナムからの養子の受け入れを停止しています。ベトナムが養子縁組に関するハーグ条約をきちんと守っていないということもあって今中断しているのですけれど、そうするとシングルで親になろうとする人は、じゃあ、次はここで、子どもを求めようかということに影響を与えるということがあります。

あるいは、家族内問題が国際政治問題に直結することがあります。ロシア人養子を虐待して死なせた疑いを持たれたアメリカ人養父母がいるのですが、その事件がロシアに伝えられると、アメリカとの養子縁組をもうやめるべきだというデモを、ロシア人たちが行ったということがあります。これはそのデモの様子です。



アメリカ人の養母がネグレクトをした疑いがあるのですが、本当に死に至らしめるほどの虐待をしたかというのはちょっとよく分かりません。家庭内の問題が、このように国と国の問題に直結するということもあるわけです。

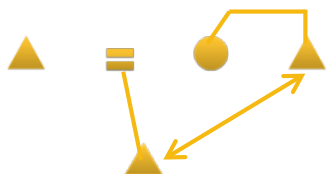
家庭の中に外部が入り込んでいるという考え方は、実は新しい考え方ではなくて、文化人類学の中では古くからあります。フランスの文化人類学者のクロード・レヴィ＝ストロースの縁組理論では、人間の社会の成立において、まずインセスタブー、近親相姦、あるいは近親婚の禁止、そういうものがあります。インセスタブー、つまりどの社会にも必ず配偶者としてはいけない異性がいる、それを定めた禁止命令が普遍的なのです。誰を配偶者としてはいけないかというのは、社会や時代によって大きく変わりますが、いずれにしてもそのために、いわゆる身内の外に配偶者を見つけなければいけません。それが婚姻ということになります。それによって家族が形成されるわけです。

レヴィ＝ストロースの縁組理論

- 文化人類学では、家族の中に入り込む外部という議論は古くからある。
- インセスタブーという禁止=交換命令: 配偶相手を「近親」(身内)の外部に求める→婚姻→家族の形成。
- 子どもが生まれて夫婦になる。妻の兄弟(母の兄弟)という家族の外とのつながりが、家族の中にとりこまれて強調されている。
- 国際養子縁組では、外部の入り込み方が異なる。

配偶者に子どもが生まれて、周囲から夫婦として認められますが、そのとき妻の兄弟、子どもから見て母方のおじという、家族の外側とのつながりが家族の中に取り込まれていることとなります。これはレヴィ＝ストロースが言う親族関係のイメージですが、三角が男、丸が女性とご想像ください。ここには夫婦、兄弟、姉妹、おじ、甥の関係が存在します。こういうつながりが、親族関係の原子です。私たちは普通、家族というと夫婦とその子どもを「単位」として考えて、同じような「単位」が、関係を結んで姻戚になると考えがちです。しかしそうではなくて、絶えずおじの存在を考えなければいけないというのがレヴィ＝ストロースの理論です。

親族関係の原子(レヴィ＝ストロース)



古典的な核家族像



仮に父親が威厳ある存在であるとしたら、それはいつも慈愛に満ちた存在で甘えさせてくれる母方おじがいるから、愛情という点で対照的な父と母方のおじがセットになっていると考えるべきなのです。つまり母方おじという外との関係が家族という私的領域に入り込んでいるわけで、それは国際養子縁組家族に始まったことではないわけです。しかし、国際養子縁組家族は西洋近代の核家族観と次の点で異なっています。つまり伝統的な西洋近代の家族では、夫婦は法的契約に基づく関係で、当然これは解消可能です。文化的な関係とも言えます。夫婦になれるのは他人であるが故であって、他人であるから生殖ができるのであり、それは異質性の関係であるということです。

対照的に、親子は生物学的なきずなで結ばれていて、夫婦は縁が切れるけれど、親子は縁を切ることができない、自然の関係であるということになります。それはインセストタブーの対象であって、同じ血という同質性がそこで形成されます。これに対して国際養子縁組家族では、親子には、最初は当然生物学的なきずなはない。国際、つまりトランスナショナルという言い方があるように、親と子の国は違うという異質性が前提にあります。

対照的に、夫婦は、当然最初から法的契約でできた関係で、性行為もできるわけですが、夫婦ともに同じナショナリティーである、もしくは同じ白人であるという同質性が出発点にあります。つまり同質性、異質性がそこで反転しているわけです。

さらに、マジョリティー、マイノリティーも国際養子家族の中では反転しているということがあります。この写真の夫婦は、夫が韓国から、妻はエクアドルからという夫婦ともに国際養子です。この白人スウェーデン人は、奥さんの養父母です。



ともに国際養子の夫婦は最初、何回も流産して子どもができなかったため、長男をベトナムから養子にもらいます。家族査人にも国際養子であり、生みの親の元で育った人は誰もいない。その後、2番目の子どもが実子で生まれます。写真ではちょっと分かりにくいかもしれませんが、父親そっくりなんです。そのことを言うと、彼はそのことを認めたがりません。奥さんの言い分ではこうなります。夫も息子もアジア系で、長女と外見が似ているから、一人だけ実子だということで寂しく思うことはない。これに似た話が、石原先生の著書『生殖医療と家族のかたち』の最初に紹介されていますけれども、つまり、生物学的な子どもであるということが、この家族の中ではマイノリティーになっているという現実があります。マジョリティー、マイノリティーが反転するということがあります。先ほどの母方おじも家族の外部が内部に反転して巻き込まれているといえ、こうしたリバーシビリティーという特徴を今後見ていかなければいけないのかなど。

今日お話ししたのはラフなスケッチでしかないのですが、もう少しそれを理論化する必要が今後の課題として残されていますし、さらにデータを集める必要があるだろうと思います。インドの代理母と契約したゲイカップルやシングルファーザーの場合、彼らがノルウェーやスウェーデンで親として法律的に認められるまでの手続きというのがどのようになっているのか、ちょっとまだ私自身も消化しきれないところがあるので、それを明らかにしていかなければいけません。

そもそもファティリティー・ツーリズムに出る人たちが自分の子どもが欲しいといった場合に、「自分の」というのは何を意味するのかというのを、もう少し緻密にしてい

かなければいけないと思います。以上で私の報告は終わらせていただきたいと思います。どうもありがとうございました。

<質疑応答>

質問者 1: 報告ありがとうございます。2013年の1月のインドの法改正で、シングル男性の代理出産契約が不可能にと書かれているんですが、読んだ限りでは、内務省から在外大使館、もしくは領事館に向けて出された内部文書なので、それは通達ではないかと。

出口: そうだと思います。この男性に聞いた当初は、2010年の時点でも一番多いのは、オーストラリアからのゲイカップルがインドの代理出産を利用するのが一番多いと言っていました。

質問者 2: 2点お伺いしたいことがあるんですけども、ダブルアイデンティティーをダブル・ナショナル・アイデンティティーというふうに精緻化されてあったんですけども、もしかしたらこれは、ダブル・レイシャル・アイデンティティーという。まあ、レイスという概念を出してしまうと、また問題がややこしくなるかもしれないですけども、認識としてはレイシャルなものを、ナショナルと表現した可能性もあるかと。

出口: じゃあ、まずその点から申し上げます。それは、そのとおりだと思います。これは2008年に出版した論文で述べましたのでそちらを参照していただければと思います(「国際養子縁組におけるアイデンティティーの問題」『身体資源の共有』弘文堂)。ダブルアイデンティティーは、結局、当事者はそう思ってないけど、ある種のレイシャリズムになる危険性がありますし、アイデンティティーを規定するときに人種への固執はなくならないだろうと私も思います。

質問者 2: もう1個は、国際養子縁組は、歴史的にはおそらく戦争などを背景として、むしろナショナルな事情から、ざっくり申し上げて、親が足りないという問題を解決するための手段として、ですから建前的にはそういう手段として行われた国際養子縁組が歴史的にはあって、今日お話しされたのは、どちらかという生殖補助医療の延長線上

で、子どもが欠損しているという問題をどう解決するかという、ちょっと違った問題の解決に同じ制度が使われているのだと思うんですけども、その辺は延長というか、連続的なものとして考えていいのか、異質なものなのでしょうか。

出口：今日言うところの国際養子縁組が始まったきっかけは、朝鮮戦争のとき戦争孤児を引き取ろうということで、アメリカのホルト財団が始めたんですけど、それはむしろ人道的な立場だったんですね。スウェーデンでも最初は 1960 年代から始まりますが、やっぱりベトナム戦争で孤児になった子どもたちとか、インドで低カーストの捨てられた子どもを育てることから、実子がいる人たちも養子をもたらってきたわけです。

けれども、だんだんと不妊治療の代替策になってきたわけです。ただそれでも、先ほどの男性の、人道的な観点からまだするというような人もいないわけではないです。そういう意味では、異質というものであるから不妊治療の代替案として出てきたというところからいっていいのではないかなと思います。よろしいでしょうか。

ありがとうございました。

(終了)