

女性の自己決定権と生命倫理

斎藤有紀子

女性が自分の心と身体をみつめ、主体性を大切にすること。多様な価値観を尊重し、他人の生命を大切にすること。そのことの重みと難しさを生命倫理の問題は投げかけてきます。

九十九%の女性が病医院で出産している現在、女性の妊娠・出産には、医療技術が深く関わってきます。『技術が関わる』という女性が受け身のようですが、そうとはばかりはいえません。いつ、どんなふうにも、何人産んで、どのように育てたいか……、女性が、自身の性と生殖の問題に「意思的に」関わろうとするとき、みずから求めて医療技術を利用し、結果として女性の心身に医療技術が深く関わってくることもあるからです。

例えば、数年前なら、結婚後何年か子どもが生まれない場合、ひとは、湯治や寺社参りを勧められたりしていました。それがいまや、「病院に行って診てもらえば」という「助言」にかわりつつあります。「助言」と括弧つきで示したのは、それが必ずしも当事者にとって温かい言葉とは限らないからですが、とにかく、いまや「不妊」は医学的に解決可能な場合があるとの認識が、本人・家族・社会に広がり始めています。実際に、人工授精によって年平均二百人、体外受精によっては年間約千人の子どもが誕生しているといわれます。不妊治療は、もはや日常医療であり、不妊外来には治療を待つ女性たちが引きも切りません。

しかし一方で、これまであまり表に出ることのなかった不妊の人たちの声から、そこでの治療が、

「説明された以上に強い痛みを伴なう（痛みの個人差への配慮がない）」「排卵誘発剤などの副作用が強い」「医師の説明が少ない」「将来への影響が心配」「費用が高い（健康保険はきかず体外受精で一回数十万円）」「成功率が低い（体外受精で現在十数%）」「女性の羞恥心・自尊心への配慮が少ない（ずらっと並ぶ内診台で次々と種付けをされているように感じた人もいる）」「カウンセリングなど本来必要なシステムがない」など、決して十分満足いくものではないことも分かってきました。

それでも女性たちは赤ちゃんを抱いて帰ることを夢見て「お母さんになるために」いろいろなことを我慢し、熱心に通院していきます。成功率が低いため、数年〜十数年、いくつかの病医院を回りながらの治療歴をもつ人も少なくありません。

「どうしてそこまでして子どもが欲しいのだろう……」「自分にはその気持ちが分からない」と考える人もいます。

そうなのです。当事者以外の人たちは、不妊の人が通院する前には「病院に行けば？」と助言をし、通院を始めると今度は「どうしてそこまで……」と思い、通院をやめると「何年かして自然にできる人もいるから」と慰めるのです。「技術を使って子どもをもつことは不自然だ」と思っている人、「使いたい人がそうするのは構わない」という人、「テクノロジーを利用するのは悪いことではない」と考える人、「子どもを持たない人生も十分幸せなのに」と思う人など……治療をする人たちには様々な思い（言葉）が寄せられますが、いずれも当事者の価値観に添おうとするよりは、むしろそれを語る人が納得できる言葉が選ばれているように思われます。

個人の多様な価値観を尊重すること、差別をしないこと、人権を守ること……、私たちはそのことの大切さを教えられてきました。しかし、ひとたび日常の中で、他人の異なる価値観に触れ、それが必ずしも共感できるものでなかったとき、私たちは当事者の人権に思いをいたすことを忘れがちです。つまり、不妊の治療をしている人と異なる価値観をもった人がいることは当たり前としても、では、不妊状態を克服したいと思って通院している人たちが、医療という社会制度のなかでどのような対応を受けているのか、当事者の自由、意思決定は尊重されているのか、自分の共感とは別のレベルで考

えていかなければ、結局は私たち全体の人権が置き去りにされることにつながるのです。

先に挙げた不妊の人たちの医療への不満を思い出ししてみましよう。治療や薬の説明が不十分と感じられること、精神的サポートが不足していること、プライベートシーへの配慮が欠如していること……、これらは、不妊患者だからいえることなのでしょうか。専門医たちは、「不妊治療にはニーズがある。それに応えることがわれわれの責務だ」と常に語ります。ニーズに応えていると自負している医療の現場で、患者たちが先のような思いを抱いているとすれば……、医師―患者間のコミュニケーション、双方の人権意識のどこかにギャップが生じてると考えなければなりません。

産科の現場で、コミュニケーションギャップが生じた場合、それは女性の心身の問題だけにとどまりません。なぜならそこには女性の心身に密接に結びついた胎児の生命があるからです。その胎児についての正しい情報と理解がなければ、結局は女性の人権・意思決定も十分に尊重されたものにはなりません。

というのも、現在産科の現場では、ひとつひとつの医療行為の選択が、好むと好まざるとに関わらず、胎児の生命の「質」を選択することにつながってくるからです。女性たちは妊娠のごく初期の段階から、胎児についての情報を提示され（それは超音波の画像であったり、血液や羊水から分析されたデータであったりするのですが）、自身の心と身体について様々な決断を求められます。生まれてくる子どもの無事を祈らない人は少なく、女性たちは小さな情報（担当医の顔色、言葉ひとつ）にも大きく心を動かされます。

しかしそもそも、子どもがなんらかの病気や障害をもって生まれてくる割合は、全出産の三％程度といわれています。その中には、原因のわからないもの、妊娠中には検査できないものも少なくありません。もともと遺伝的疾患の可能性を持っている人に限らず、私たちは誰でも、多因子性の先天的な病気を持つ子どもをもつ可能性があり、本来、「子どもをもつ」と決断することは、そのようなことも「確率ごと引き受ける」ということにはずです。もちろん百人中九十七人の赤ちゃんは、先天的疾患を持たずに生まれてくるので、自分の子どもが障害を持つことが、「意外」で「驚き」となるの

は、どの両親にとってもあたり前かもしれない。でもそれと同じ位、障害を持つ子どもたちがいる割合をもって生まれてくることも、それが自分におこることもあたり前のことなのです。しかし一般の人たちも、病気や障害のスペシャリストであるはずの医師たちも、その教育の中で、人の遺伝や、先天的な障害についてはあまり教えられてきません。その結果、子どもが障害をもつことの「不安」がクローズアップされがちで、なかなか障害をもつ子どもとの実際の生活をサポートする医療情報に乏しいのが現状です。

病気や遺伝について十分なカウンセリング体制がないなかで、検査を受けた女性のほとんどは陰性となり、「安心して」妊娠を継続していきますが、一方で、おなかの赤ちゃんに障害があるとわかると、女性とそのパートナーは迷いながら、それでも数週間の考慮の後に中絶を選択していくことがほとんどです（近年、検査を拒否する女性や、障害がわかってでも出産を選んでいく女性たちの状況が紹介され始めていますが、カウンセリングが不十分な現在、やはりまだ少数と言わざるを得ません）。これに対して、障害を持つ人たちは、「それは、障害者は生まれてこない方がいいという社会（女性）の優生思想の現われであり、障害者差別を助長する以外のなにものでもない」と強く非難してきました。本来、日本の優生保護法は、胎児に障害があるという理由で中絶することを認めていません。しかし現実には、障害胎児の中絶は「公然の秘密」「暗黙の了解」で行なわれ、この日本独特の状況が、結局は、女性と胎児を、利害対立するものとしてしかとらえられなくしています。

しかし、もしも出生前の胎児診断がひとつの「医療行為」として用意されているのであれば、検査を受ける人も、受けない人も、その結果中絶を選択する人も、しない人も、正しい情報を提供され、その情報に基づいて十分に考慮する機会を得、情報を理解することを助ける医療スタッフのもとで心身をささえられた上で、みずからの意思決定をしていけることが本来望ましいでしょう。そうでなければ、女性（カップル）の人権が尊重されているとはいいがたく、そのことはもちろん胎児の生命を尊重することができるか否か、ひいては、障害をもつ人たちの人権を尊重できるか否かにも密接に関わってきます。当事者（障害を持つ人たちも含めて）の心身を、社会的・倫理的にささえるサポート

システムが不可欠なのです。

海外での対応はどうなっているのでしょうか。欧米諸国の中には、遺伝的な疾患を持つ子どもの中絶を、法的に公然と認めている国も少なくありません。しかしその一方で、社会の持っている「病気に對する認識の幅」は、明らかに日本と差があります。例えばアメリカでは、カップルは、妊娠前、妊娠後、胎児診断受診前、受診後、中絶前、中絶後……と専門家によるカウンセリングを受けることができます（それが義務づけられている場合もあります）。障害のある子どもを産んだ人の中には、「これは確率だから自然なこと。むしろ、環境や薬物などで子どもに障害が起きたのであれば、理不尽なので断固抗議したい」と考える人もいます。

翻って日本では、子どもの病気が「遺伝である、先天的である」とされることに、両親が抵抗（罪悪）感を持ち、子どもの病気が「原因不明」「突然変異」あるいは「環境のせい」などといわれるほうが安心する場合が少なくないことは、遺伝相談にたずさわる医師の多くが、実感しています。日本社会はまだあくまで「遺伝」「先天異常」をタブーとする社会であり、それを他人事（自分のせいではない）としておきたい社会なのかもしれません。しかし、血液型や、身体的特長など、親の性質を子どもが引き継ぐなかに病気や障害も含まれてきます。それがたまたま病気や障害となって現われるかどうかというだけで、誰かが責任を感じなければならないのはおかしいことではないでしょうか。もともと責任がとれる問題でもなく、とる必要もないものなのです。

先のアメリカの例を見るまでもなく、カウンセリングの結果、女性たちが知識を得ることによって、遺伝や障害、そして疾患を持つ子どもへの思いは変わってきます。おそらくこの社会でも、病気や障害をもった人たちは、いわゆる「健康」な人とは異なるハンディキャップを経験するでしょう。しかし、遺伝や病気に對する知識をたくさんの人と共有している社会と、そうでない社会とでは、そのハンディ（とりわけ精神的・社会的不利など）に、大きな差が出るであろうことは想像に難くありません。たとえば、妊娠中に胎児の障害が分かっても、その子どもを産み育てていくことをどのくらい「不安」と感じるかは、個人の価値観が決めると同時に、迎え入れる社会の状況が決めていくといえ

るのであり、それは翻って、ひとりひとりが「病気」「障害」「障害児」に注ぐまなざしに関ってくるのかも知れません。

繰り返すようですが、病気や障害の子どもをもつ可能性は誰にでもあり、遺伝や先天異常はあらゆる人にとって「自分の」問題です。障害胎児あるいは障害児とその親に対する医療・社会システムを整えることは、決して特別な人の利益に関わることでなく、その社会にいるすべての人が知識を共有し、暮しやすさを保証されることを意味しています。逆にいえば、そのシステムの不備の結果を最初に被るのは、妊娠中限られた知識と時間の中で意思決定を求められる女性（そしてパートナー）たちです。

もうひとつ忘れてはいけないことがあります。ここで胎児診断の結果をどう受け止め、どう行動するかを決めていくかはやはりあくまで当事者（女性とそのパートナー）であるということです。カッブルは、あらゆることを考慮して、このような大切な問題を、「納得して」決めていかなければなりません。つまり、システムさえ整えばすむのではなく、むしろ最終的には女性の自覚と自己決定のあり方が、社会の中の多様な価値観をひとつずつ刻んでいくことにつながると考えられはしないでしょう。

出生前の生命の質を選択する機会が、今後増えていくことは必至です。社会が、そして私たちができることは、当事者の選択の幅をひろげるように、知識と理解を深め、皆にとって無理のない暮らしやすい社会をつくっていくことでしょう。それは決して当事者を追いつめたり、責めたり、後ろめたい思いをさせておくことではないはず。女性とそのパートナーたちへの幅広いインフォメーションと、そこで「納得」して出された結論を社会全体で受けとめていってこそ、「障害をもつ胎児の中絶」も「障害児の出産」も「胎児診断を受けること」も「受けないこと」も、「選択肢のひとつ」となっていくのです。

新しい医療技術は、生命に線をひくことを個々人の「自己決定」のレベルで可能にしました。いいかえれば、新しい医療技術が、もはや「その人」でしか結論を出しえないくらい繊細な問題にまで、

関わり始めています。

女性が自覚と意思と主体性をもって、医療技術を使うことの重みと大切さ。ときに自分の共感から離れてしまうことにながっても、多様な価値観を尊重していくことの積極的意味（それは人間としての共感を捨てることではないはずですから）。そして技術が進めば進むほど、女性の志がまっすぐに問われるのだということ——本稿が以上のことから考えるきっかけを提供してくれば幸いです。

参考文献（よみやすくて、問題の本質に触れられるもの）

- ・ ショワージール会編『妊娠中絶裁判—マリール事件の記録—』みすず書房 一九八七年
- ・ 安積遊歩『癒しのセクシー・トリップ—わたしは車イスの私が好き—』太郎次郎社 一九九三年
- ・ S.バック/J.フレミング『ママとパパのための遺伝相談』日本評論社 一九九四年
- ・ 宇都宮直子『神様がくれた赤ん坊』講談社文庫 一九九五年
- ・ 陣痛促進剤による被害を考える会編『病院で産むあなたへ—クスリ漬け出産でなかないために』さいろ社 一九九五年

（さいとう ゆきこ・埼玉県立衛生短期大学・法哲学／生命倫理）

*一九九五年二月二日「総合科目・女性論」での講演をもとに、寄稿いただきました。